

DAS FÜNFTE BUCH DER SCHICKSALSANALYSE

L. SZONDI

SCHICKSALSANALYTISCHE THERAPIE

EIN LEHRBUCH
DER PASSIVEN UND AKTIVEN ANALYTISCHEN
PSYCHOTHERAPIE

L. SZONDI

SCHICKSALSANALYTISCHE THERAPIE

EIN LEHRBUCH
DER PASSIVEN UND AKTIVEN ANALYTISCHEN
PSYCHOTHERAPIE



VERLAG HANS HUBER BERN
UND STUTTGART

©

1963 BY VERLAG HANS HUBER, BERN

DRUCK: AG BERNER TAGBLATT

PRINTED IN SWITZERLAND

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	13
---------------	----

Erster Teil

GRUNDLEGUNG

ERSTER ABSCHNITT: THEORIE UND DENKWEISE

Kapitel I. <i>Psyche und Schicksal</i>	17
Kapitel II. <i>Wirklichkeit und Möglichkeit</i>	41
I. Aufklärung und Psychoanalyse	41
II. Denkweisen in der Psychopathologie der Gegenwart: Kausalität, Finalität, Intentionalität und existenzielle Possibilität	43
III. Die Anwendung der verschiedenen Denkweisen am Beispiel der Melancholie	44

ZWEITER ABSCHNITT: GRUNDSÄTZE UND IHRE ANWENDUNG

Kapitel III. <i>Triebansprüche und Abnenansprüche</i>	57
Kapitel IV. <i>Triebträume und Abnenträume</i>	79
Kapitel V. <i>Grundsätzliche Modifikationen der Technik</i>	84
Kapitel VI. <i>Ich-Analyse in der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse</i>	88
Kapitel VII. <i>Heilziel der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse</i>	95
Kapitel VIII. <i>Die Treppe zur seelischen Menschwerdung</i>	100

Zweiter Teil

TECHNIK

DRITTER ABSCHNITT: INDIKATION UND GEGENINDIKATION EINER ANALYTISCHEN BEHANDLUNG

Kapitel IX. <i>Technik der Voruntersuchung</i>	106
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	106
B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen	108
Kapitel X. <i>Die Rolle der experimentellen Existenzanalyse in der Indikationsbestimmung</i>	111
Kapitel XI. <i>Indikationen einer Charakteranalyse</i>	118
Kapitel XII. <i>Indikationen einer schicksalsanalytischen Psychagogik</i>	119
Die Rolle des Alters	120

VIERTER ABSCHNITT :
TECHNISCHE REGELN

Kapitel XIII. <i>Zur Einleitung der Analyse</i>	121
Kapitel XIV. <i>Zur Technik der Traumdeutung. Allgemeines über das Deuten</i>	128
Kapitel XV. <i>Zur Technik des freien Assoziationsverfahrens</i>	135

FÜNFTER ABSCHNITT :
AKTIVE THERAPIE

Kapitel XVI. <i>Zur Frage der aktiven Technik</i>	140
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	140
I. Die Stellungnahme S. FREUDS zu der Aktivität	140
II. Die aktive Technik nach S. FERENCZI	142
III. Die Aktivität in der konsequenten Widerstandsanalyse und Charakteranalyse nach W. REICH	145
IV. Die Anwendung der Psychoschocktechnik auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	149
B. Die Anwendung der Psychoschocktechnik auf dem Gebiete der hereditären Ich-Störungen	171
Kapitel XVII. <i>Richtlinien zur Anwendung der passiven und aktiven Technik in der Analyse. Zusammenfassung</i>	187

SECHSTER ABSCHNITT :
TECHNIK DER WIDERSTANDSANALYSE

Kapitel XVIII. <i>Theorie, Bestimmung von Arten des Widerstandes in der Psychoanalyse</i>	191
Kapitel XIX. <i>Verdrängung als Widerstand</i>	194
Kapitel XX. <i>Übertragung als Widerstand</i>	199
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	199
I. Übertragungsinhalte in der Psychoanalyse (S. FREUD)	199
II. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die Stufe der Mutter-Kind-Einheit (R. SPITZ)	206
III. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die Reproduktion des «Inzest-Archetypus» (C. G. JUNG)	208
IV. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf den «Archetypus des Heilbringers» (A. MAEDER)	209
B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen	210
I. Genotrope Übertragung	210
II. Partizipation als Ich-Übertragung	212
Kapitel XXI. <i>Die Gegenübertragung</i>	213
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen (S. FREUD)	213
B. Auf dem Gebiete der analytischen Psychologie (C. G. JUNG)	215
C. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen (Schicksalsanalyse)	215
Kapitel XXII. <i>Krankheitsgewinn, Reaktionsbildung und Charakter als Widerstand</i>	220
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	220
B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebkranken	222
Kapitel XXIII. <i>Das Unbewusste als Widerstand. Der Wiederholungszwang und das Agieren</i>	225
A. Es-Widerstand bei den traumatischen Neurosen	225
B. Kern-Widerstand des familiären Unbewußten bei hereditären Ich- und Triebkranken	235
Kapitel XXIV. <i>Das Über-Ich als Widerstand. Das Schuldbewußtsein und das Strafbedürfnis</i>	238

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	238
B. Das Erbe und das Über-Ich Die Zerteilung des Über-Ichs in das ethische und das moralische Gewissen in der Schicksalsanalyse	242
Kapitel XXV. <i>Konstruieren und Durcharbeiten. Über die Aufgabe des Analytikers</i>	246
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	246
B. Die Rolle des Erbes und der wiederkehrenden Ahnenfiguren in den Konstruktionen und dem Durcharbeiten bei hereditären Ich- und Triebstörungen	248
Kapitel XXVI. <i>Zur Frage der Beendigung der Analysen</i>	253
A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen	253
B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen	259
I. Analyse der postanalytischen «Residualstörungen» im Ich nach Aufhebung der Verdrängungsvorgänge	259
II. Symptomwandlung und Existenzwandlung	261
III. Die Frage der Dauerheilung und der analytischen Prophylaxe	261
IV. Zur Frage der Abkürzung der Analyse	262
V. Abschlußträume	263

Dritter Teil

KLINIK

Kapitel XXVII. <i>Die multiple Existenzstruktur der Person als leitendes Prinzip der schicksalsanalytischen Therapie</i>	266
I. Das direkte Heilverfahren in der Psychoanalyse	266
II. Das indirekte Heilverfahren in der schicksalsanalytischen Therapie	267
1. Das indirekte Heilverfahren durch Umdrehung der Pole einer erbgemäß überstarken Trieb- oder Ich-Achse aus der sozialnegativen in die sozialpositive Existenzform	268
2. Das indirekte Heilverfahren durch Umkehrung der Ich-Schicksale	271
3. Das indirekte Heilverfahren durch Vertauschung der Krankheitsformen	275

SIEBENTER ABSCHNITT:

KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER SEXUALSTÖRUNGEN

Kapitel XXVIII. <i>Klinik und Psychotherapie der Homosexualität</i>	282
I. Die Homosexualität des Mannes	282
II. Die Homosexualität der Frau	307
Kapitel XXIX. <i>Klinik und Psychotherapie des perversen Sadomasochismus</i>	312
A. Klinische Formen des Masochismus und Sadomasochismus in der Psychoanalyse	315
B. Pathogenese des Sadomasochismus in der Schicksalsanalyse	316

ACHTER ABSCHNITT:

KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER AFFEKTSTÖRUNGEN

Kapitel XXX. <i>Klinik und Psychotherapie der paroxysmal-epileptiformen Anfallsneurosen</i>	326
A. Körperliche und seelische Konstitutionsanalyse des epileptiformen Anfallsmenschen in der Psychiatrie	328
B. Psychogenese der Anfallsleiden in der Psychoanalyse	332
C. Psychogenese der Anfallsleiden in der Schicksalsanalyse	332

Kapitel XXXI. <i>Klinik und Psychotherapie der paroxysmal-hysteriformen Anfallsneurosen</i>	353
I. Begriffsbestimmungen der Hysterie	353
A. Der Hysteriebegriff in der Psychiatrie	353
B. Der Hysteriebegriff in der Schicksalsanalyse	354
II. Pathogenese der Hysterie	357
A. Entwicklungsgeschichtliche Theorie nach E. KRAEPELIN	357
B. Krankheitsgewinntheorie nach S. FREUD	357
C. Reflextheorie nach E. KRETSCHMER	357
D. Theorie des Überraschungstriebes nach der Schicksalsanalyse	358
III. Genetik der Hysterie	360
IV. Klinische Formen der Hysterie	361
V. Strukturanalyse der Hysterie	364
VI. Therapie der Hysterie	365
Kapitel XXXII. <i>Kritische Betrachtungen zum Wesen und zur Psychotherapie der Organeurose und der Hypochondrie im Rahmen der Psychosomatik</i>	375

NEUNTER ABSCHNITT:

KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER ICH-STÖRUNGEN

Kapitel XXXIII. <i>Allgemeine Psychologie der Ich-Spaltungen</i>	381
A. Begriffsbestimmung der Ich-Spaltung in der Psychiatrie	381
B. Psychogenese der Ich-Spaltungen nach der Psychoanalyse	383
C. Begriffsbestimmung der Ich-Spaltung in der Schicksalsanalyse	384
D. Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen psychoanalytischen Ich-Lehren und die Ich-Lehre der Schicksalsanalyse	384
E. Ich-Spaltung als Sicherung gegen das Nichtangemessenheitsein in der angelsächsischen Psychiatrie	388
F. Neuorientierung in der Frage der Ich-Spaltung: Die Umlaufbahn im Ich	389
G. Die Aufteilung der Ich-Spaltungen	400
Kapitel XXXIV. <i>Die erste und zweite Spaltungsform</i>	
Wesen und Psychotherapie der schizoformen Ich-Spaltungen	401
I. Die <i>erste</i> Spaltungsart: Die partizipative oder projektive Ich-Spaltung	401
1. Beispiele zur Partizipationspsychose	408
2. Schema des Heilverfahrens bei den Spaltungsstörungen des Ichs	413
Erste Phase: Partizipationstherapie	413
Zweite Phase: Ich-Analyse	417
Dritte Phase: Sozialisierung und Humanisierung nach dem Prinzip des Operotropismus	420
II. Die <i>zweite</i> Art der schizoformen Ich-Spaltung: Die autistische, introjektive Ich-Spaltung ..	420
Kapitel XXXV. <i>Die dritte Spaltungsform: Die schizo-paroxysmale, heboide Ich-Spaltung</i>	426
Kapitel XXXVI. <i>Die vierte Spaltungsform: Entfremdung und Introjektionswahn. Die paroxysmalen, affektiven und introjektiven Ich-Spaltungen</i>	434
Kapitel XXXVII. <i>Die fünfte Spaltungsform: Dämmerzustände und Katastrophenabnung. Wesen und Psychotherapie der desintegrativen Ich-Spaltung</i>	449
Kapitel XXXVIII. <i>Die sechste Spaltungsform: Zwang und Schizophrenie. Wesen und Psychotherapie der anankastischen Ich-Spaltung</i>	453
Zwang und Schizophrenie	457
Zwang und zirkuläre Erkrankungen	460

Zwang und hysteriforme Paroxysmen	462
Kapitel XXXIX. <i>Die siebente Spaltungsform: Negativismus gegen Annahme der Projektion und Inflation. Verdrängung gegen die Annahme der Verlassenheit und Weiblichkeit</i>	464
Wesen und Psychotherapie der katatoniformen Ich-Spaltungen	464
Kapitel XL. <i>Die achte Spaltungsform: Anpassung als die negierte Projektion und der totale Narzißmus als die introjizierte Inflation</i>	473
Wesen der legierenden Ich-Spaltungen	473
Der angepaßte, der asoziale und der Kulturmensch	473
Zusammenfassung der Anwendung der Ich-Analyse und der erweiterten Spaltungstheorie der Ich-Störungen	476

ZEHNTER ABSCHNITT:

KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER KONTAKTSTÖRUNGEN

Kapitel XLI. <i>Allgemeines über Begriff und Störungsarten des Kontaktes</i>	479
I. Der Kontakttrieb	479
II. Die Physiologie und Pathologie des Kontakttriebes	481
Kapitel XLII. <i>Wesen und Psychotherapie der depressiven und manischen Kontaktstörungen, Zyklophrenie</i> ...	486
A. In der Psychiatrie	486
B. In der Psychoanalyse	487
C. In der Schicksalsanalyse	489
1. Verfahren der Desimagination	497
2. Verfahren der Introjektion der verstorbenen Eltern	499
3. Verfahren zur Aufdeckung vergessener Traumata bei spät auftretenden Depressionen, welche durch Karriereziele zugedeckt wurden. Flucht in die Karriere	500
Kapitel XLIII. <i>Wesen und Psychotherapie der Akzeptationsneurose. Die Zyklophrenie</i>	505
Kapitel XLIV. <i>Wesen und Psychotherapie der Sucht und der Kontakt- oder Zyklopsychopathie</i>	513
A. In der Psychiatrie	513
B. In der Psychoanalyse	514
C. In der Schicksalsanalyse	515
Schlußwort zur Bücherfolge der Schicksalsanalyse. Rückblick – Überblick – Ausblick	523
Sachregister	529

VERZEICHNIS DER FÄLLE

Fall 1. Familiäre paranoide Schizophrenie und manifeste Homosexualität	59
Fall 2. Familiärer Größenwahn und latente Homosexualität	60
Fall 3. Sadistische Perversion und latente Homosexualität	62
Fall 4. Zwangsneurose und latente Homosexualität mit Größenwahn	66
Fall 5. Triebtraum eines manifest Homosexuellen	79
Fall 6. Ahnentraumserie einer Phobikerin	79
Fall 7. Berufswahl der Sittenpolizei als Operotropismus bei einem projektiv Paranoiden	89
Fall 8. Ich-Analyse eines Konduktors von inflativem Paranoid und Epilepsie	91
Fall 9. Ein Traum über Gott bei einem latenten Epileptiker	94
Fall 10. Experimentelle Existenzanalyse einer manischen Frau	114

Fall 11. Experimentelle Existenzanalyse eines inflativ Paranoiden	115
Fall 12. Experimentelle Existenzanalyse eines Transvestiten	116
Fall 13. Ein Beispiel zur Anwendung des passiven freien Assoziationsverfahrens	138
Fall 14. Heilung einer Konversionshysterie (Pseudoangina pectoris) und Hypochondrie durch die Psychoschocktechnik	157
Fall 15. Schicksalsanalyse eines Konduktors von paranoider Schizophrenie und Epilepsie; Heilung durch die Psychoschocktechnik	175
Fall 16. Beispiel zur Scheinheilung und Scheinübertragung	200
Fall 17. Beispiel zum Durcharbeiten einer Übertragung	202
Fall 18. Das Agieren des Kains in der Analyse eines Querulanten	230
Fall 19. Familiäre Thanatomanie als Wiederholungszwang bei einem 14½-jährigen Muttermörder	236
Fall 20. Selbstsabotage als chronisches Strafbedürfnis für unbestrafte Missetaten in der Kindheit	241
Fall 21. Abschlußtraum einer Hysterikerin	263
Fall 22. Abschlußtraum einer Neurotikerin mit Tochterbindung	264
Fall 23. Vergiftungsideen bei einer Apothekerin	269
Fall 24. Vertauschung des schizoformen Paranoids mit paroxysmaler Migräne	277
Fall 25. Vertauschung des Paranoids mit der Epilepsie durch Elektroschock	278
Fall 26. Vertauschung des Zwanges mit dem Paranoid	279
Fall 27. Vertauschung des Manischen mit der Zwangsexistenz	280
Fall 28. Ein konkordantes homosexuelles Zwillingspaar	290
Fall 29. Ein konstitutioneller Transvestit	291
Fall 30. Homosexualität und Selbstmord	291
Fall 31. Paranoide Schizophrenie und manifeste Homosexualität	292
Fall 32. Genuine Epilepsie mit Inversion	293
Fall 33. Ein psychopathischer Homosexueller	293
Fortsetzung des Falles 3, Analytische Behandlung eines submanifest homosexuellen Mannes	296
Fall 34. Absence und Homosexualität	308
Fall 35. Paranoide Epilepsie und Bisexualität	308
Fall 36. Eine bisexuelle, inflative Psychopathin	308
Fall 37. Lebensgeschichte und Pathogenese einer Masochistin	321
Fall 38. Schicksalstherapie eines Epileptikers mit Ejakulationshemmung	338
Fall 39. Schicksalsanalyse einer Hysterikerin	365
Fortsetzung und Ich-Analyse des Falles 12, eines Transvestiten. Ein Beispiel zur Umlaufbahn eines Triebbedürfnisses durch alle vier Phasen der elementaren Ich-Funktionen im Leben und während der Analyse	392
Fall 40. Folie à deux bei Mutter und Tochter	408
Fall 41. Paranoide und Zwangssymptome bei einer Partizipationspsychoterikerin	409
Fall 42. Zwangsneurose bei dem einen, paranoide Ich-Störung bei dem anderen Partner nach Zerfall der partizipativen Dualunion	409
Fall 43. Psychiatrische und psychoanalytische Berufswahlen in einer Familie mit überdurchschnittlicher Anhäufung von paranoider Schizophrenie	416
Fall 44. Umdrehung des Paranoiden ins Zwangsarbeiten	418
Fall 45. Ein autistischer Schizophrener	422
Fall 46. Ein heboformer Schizophrener. Autismus im Sein und Haben	423
Fall 47. Symbolische Realisation der Partizipation bei einer Querulantin	429
Fall 48. Schizoparoxysmale Ich-Spaltung bei einem jungen Mathematiker	430
Fortsetzung des Falles 11. Die Geschichte dreier Analysen von verschiedenen Richtungen bei einem inflativen Paranoiden	431

Fall 49. Ich-Analyse eines Depersonalisierten	440
Fall 50. Schicksalsanalyse einer Epileptikerin mit Tötungsanfällen in Dämmerzuständen	452
Fall 51. Schicksalsanalyse eines Konduktors von Epilepsie und paranoider Schizophrenie mit Dämmerzuständen	452
Fall 52. Anwendung des Testes in der Behandlung einer Katatonikerin zur Konfrontation mit den Motiven ihres Negativismus	471
Fall 53. Schicksalsanalytische Psychagogik bei einer depressiven Frau	497
Fall 54. Eine durch Karriereziele verdeckte Depression eines Bankiers	501
Fall 55. Eine durch Politik verdeckte Depression eines Staatsbeamten	501
Fall 56. Heilung einer schweren Akzeptationsneurose durch die Schicksalsanalyse	507
Fall 57. Schicksalsanalyse eines Morphinisten und Fetischisten	520

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abb. 1. Strukturschema des psychischen Apparats nach S. FREUD (Ges. Schr. Bd. XII, S. 233) ..	23
Abb. 2. Stammbaum zum Fall 1	61
Abb. 3. Stammbaum zum Fall 2	63
Abb. 4. Stammbaum zum Fall 4	68
Abb. 5. Zeichnung eines Traumsymbols	70
Abb. 6. Stammbaum zum Fall 6	82
Abb. 7. Entwicklungsstufen der Menschwerdung im Hinblick auf die verschiedenen Richtungen in der Tiefenpsychologie	101
Abb. 8. Experimentelle Existenzskala einer manischen Frau (zum Fall 10)	115
Abb. 9. Experimentelle Existenzskala eines Paranoiden (zum Fall 11)	116
Abb. 10. Experimentelle Existenzskala eines Transvestiten (zum Fall 12)	117
Abb. 11. Stammbaum zum Fall 15	183
Abb. 12. Schema des Kampfes zwischen dem Ich und dem Symptom	224
Abb. 13. Stammbaum eines 14½jährigen Muttermörders (zum Fall 19)	238
Abb. 14. Weibliches Geschlechtschromatin in den weißen Blutkörperchen. (Aus der Arbeit von H.-R. WIEDEMANN u. Mitarb. Münch. Med. W. Jg. 98, Nr. 33, 1956)	285
Abb. 15. Variationen des weiblichen Geschlechtschromatins, der Leukozyten-Kernanhänge nach KOSENOW. (Aus dem Buch: Genetik des Menschen von O. VON VERSCHUER, 1959)	285
Abb. 16a, b. Stammbaum zum Fall 30	292
Abb. 17. Stammbaum zum Fall 3	299
Abb. 18. Stammbaum einer Masochistin zum Fall 37	323
Abb. 19. Stammbaum zum Fall 38	346
Abb. 20a, b. Wandlung der Existenzformen in der Analyse einer Hysterikerin (zum Fall 39). ..	373-74
Abb. 21. Schematische Darstellung der Umlaufbahn im Ich	391
Abb. 22. Schema der Ich-Spaltung in Projektion und Arbeitszwang	402
Abb. 23. Stammbaum zum Fall 42	411
Abb. 24. Schema der Ich-Spaltung in Autismus und Hemmung	421
Abb. 25. Schema der Ich-Spaltung in Paroxysmus und Inflation	426
Abb. 26. Schema der Ich-Spaltung in Introjektion und Entfremdung	438
Abb. 27. Stammbaum zum Fall 49	445
Abb. 28. Schema der Ich-Spaltung in Desintegration und Integration	451

Abb. 29. Schema der Ich-Spaltung in Zwang und inflative bzw. projektive Schizophrenie.....	455
Abb. 30. Schema der Ich-Spaltung in Negation bzw. Katatonie und Annahme der Verlassenheit und Weiblichkeit bzw. der paranoiden Schizophrenie	467
Abb. 31. Schema der Ich-Spaltung in Anpassung und totalen Narzißmus	473
Abb. 32. Elementarfunktionen des Kontakttriebes	481
Abb. 33. Spaltung des Kontakttriebes in positive und negative irreal bilaterale Bindungsformen	482
Abb. 34. Spaltung des Kontakttriebes in zwei zwangshafte Bindungsformen	483
Abb. 35. Spaltung des Kontakttriebes in treue und untreue Bindungsformen	483

VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tab. 1. Aufbau der Wirklichkeit in der Melancholie nach der Psychoanalyse, analytischen Psychologie, Daseinsanalyse und Schicksalsanalyse	44
Tab. 2. Aufbau der Wirklichkeit nach der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse	53
Tab. 3. Vergleichende Untersuchungen über Unterschiede zwischen der psychoanalytischen und der schicksalsanalytischen Behandlung	98
Tab. 4. Die Beziehungen der Entwicklungsstufen zu den Altersklassen, Erkrankungsformen und den tiefenpsychologischen Richtungen	104
Tab. 5. Schema der Entstehung und Arten des Widerstandes nach S. FREUD	194
Tab. 6. Schicksalsmöglichkeiten des Ichs im Kampf gegen die erworbenen und hereditären Symptome (mit Abb. 12)	224
Tab. 7. Homosexuelle Zwillinge nach KALLMANN	287
Tab. 8. Betrachtungssystem der Sexualität	311
Tab. 9. Formen des Masochismus und des Sadismus	319
Tab. 10. Somatische und psychische Konstitutionsanalyse epileptiformer Anfallskrankheiten	331
Tab. 11. Erbprognose bei Blutsverwandten von genuinen Epileptikern (zit. nach O. VON VERSCHUER)	334
Tab. 12. Aufteilung der Affekte	356
Tab. 13. Das Ich-Leben bei der Epilepsie und Hysterie	357
Tab. 14. Klinische Formen der Hysterie	363
Tab. 15. Phasen der Ich-Entwicklung eines Transvestiten in der schicksalsanalytischen Behandlung	398
Tab. 16. Die klinischen Erscheinungsformen der Ich-Spaltungen	399
Tab. 17. Erwartung der Schizophrenie für die Paarlinge von schizophrenen Zwillingssprobanden (zit. nach O. VON VERSCHUER)	405
Tab. 18. Schema der Heilwege bei den Spaltungsstörungen des Ichs	415
Tab. 19. Erkrankungswahrscheinlichkeit für Schizophrenie nach H. LUXENBURGER (zit. nach O. VON VERSCHUER)	469
Tab. 20. Ergebnisse der Zwillingsforschung bei manisch-depressivem Irresein (MDI) nach LUXENBURGER, ROSANOFF, SLATER und KALLMANN (zit. nach O. VON VERSCHUER)	493
Tab. 21. Ergebnisse der Familienforschungen bei MDI nach H. LUXENBURGER (zit. nach O. VON VERSCHUER)	493
Tab. 22. Ordnung der Suchtformen nach Triebstreben. Sucht und Trieb	519

VORWORT

Der Weg von der Psychoanalyse zur Schicksalsanalyse ist die notwendige Fortführung des bereits vorhandenen Heilweges in einer Richtung, die von SIGMUND FREUD zwei Jahre vor seinem Tode selber vorgezeichnet wurde.

In der Arbeit «Die endliche und die unendliche Analyse» (1937) gab S. FREUD einen katamnesticen Rückblick auf die Erfolge und Mißerfolge der Psychoanalyse und stellte fest: «Es ist kein Zweifel, daß die traumatische Ätiologie der Analyse die weitaus günstigere Gelegenheit bietet. Nur im vorwiegend traumatischen Fall wird die Analyse leisten, was sie meisterlich kann, die unzulängliche Entscheidung aus der Frühzeit dank der Erstarkung des Ichs durch korrekte Erledigung ersetzen. Nur in einem solchen Falle kann man von einer endgültig beendeten Analyse sprechen.»

Auf die Frage, welche Faktoren die Dauer einer Analyse «ins Unabschließbare» verlängern können, antwortet er: «Die konstitutionelle Triebstärke und die im Abwehrkampf erworbene ungünstige Veränderung des Ichs sind die Faktoren, die der Wirkung der Analyse ungünstig sind und ihre Dauer ins Unabschließbare verlängern können. Man ist versucht, das erstere, die Triebstärke, auch für die Ausbildung des anderen, der Ichveränderung, verantwortlich zu machen, aber es scheint, daß diese auch ihre eigene Ätiologie hat und eigentlich muß man zugeben, daß diese Verhältnisse noch nicht genügend bekannt sind. Sie werden eben erst jetzt Gegenstand des analytischen Studiums.» (Bd. XVI, S. 64.)

Zu dieser gewichtigen und von seinen Schülern fast völlig vergessenen, vielleicht sogar verdrängten Behauptung fügte S. FREUD in derselben Arbeit folgende Kritik hinzu:

«Das Interesse der Analytiker scheint mir in dieser Gegend überhaupt nicht richtig eingestellt zu sein. Anstatt zu untersuchen, wie die Heilung durch die Analyse zustande kommt, was ich für hinreichend aufgeklärt halte, sollte die Fragestellung lauten, welche Hindernisse der analytischen Heilung im Wege stehen.» (Bd. XVI, S. 65.)

Wir wiederholen die *freudsche* Antwort: Die Hindernisse in einer unabschließbaren Analyse sind die konstitutionellen, d. h. hereditären Faktoren in der Ätiologie der Trieb- und Ichstörungen. Diese Störfaktoren sollten somit von den Analytikern studiert und Wege gesucht werden, wie man ihre Störwirkungen wenigstens vermindern oder umleiten könnte. Damit haben wir aber, ausgehend aus dem Postulat S. FREUDS, die spezielle Zielsetzung und Aufgabe der Schicksalsanalyse bereits formuliert:

Die Schicksalsanalyse sucht neue Heilwege für diejenigen konstitutionellen, hereditär bedingten Trieb- und Ichveränderungen, deren Behandlung sich mit der klassischen Theorie und Technik der Psychoanalyse als unabschließbar erwiesen hat.

Die Psychoanalyse ist das «meisterlich» funktionierende Heilverfahren für die im persönlichen Leben erworbenen sogenannten «traumatischen Neurosen». Aber nur für sie.

Die Schicksalsanalyse soll in den Fällen angewendet werden, in denen die hereditären Faktoren in der Entstehung und Verursachung der seelischen Störungen eine ausschlaggebende Rolle spielen.

Die gegenwärtige Krise in der analytischen Psychotherapie entstand u. E. insbesondere aus zwei Gründen. Erstens dadurch, daß die klassische Technik, welche nach S. FREUD nur für die erworbenen, traumatischen Neurosen gültig ist, ohne Bedenken auch in Fällen hereditärer Herkunft angewendet wurde. Viele Analytiker gingen sogar so weit, daß sie die Existenz jeglicher Heredität – im Gegensatz zu FREUD – in Frage gestellt haben. In hereditären Fällen aber mußte die analytische Technik versagen, weil man damit die feste Erbmauer, auf der diese andersartigen Trieb- und Ichstörungen fußen, nicht durchbrechen kann.

Zum zweiten tragen die technischen Modifizierungen, welche man im engeren Gebiet der Psychoanalyse in den letzten Dezennien durchgeführt hat, alle eher den Charakter einer «Nurse-Therapie» (FEDERN, ROSEN, BENEDETTI, Mme SECHEHAYE usf.) denn einer Psychoanalyse *freudscher* Prägung. Dies könnte man allerdings noch ertragen, wenn durch diese Modifikationen die Heilung durch adäquate und andauernde Sozialisierung der krankmachenden Erbfaktoren gelungen wäre. Dem ist aber – leider – nicht so.

Die Schicksalsanalyse als Therapie hat die bereits erwähnten Forderungen S. FREUDS als Leitfaden ihrer Forschungen gewählt. Die gelungenen, wie die mißlungenen therapeutischen Ergebnisse dieser Forschungen von 1937 bis 1960 werden in diesem Buch zum erstenmal systematisch und stets mit der klassischen Psychoanalyse vergleichend dargestellt.

Ich danke Frau Dr. phil. Therese Wagner-Simon (Riehen) für die Durchsicht des Manuskriptes. Meinem verehrten Verleger, Herrn Hans Huber, bin ich für die großzügige Ausstattung des Buches zu aufrichtigem Dank verpflichtet.

Zürich, den 31. Mai 1963

L. SZONDI

ERSTER TEIL

GRUNDLEGUNG

THEORIE UND DENKWEISE

Kapitel I

PSYCHE UND SCHICKSAL

Am Anfang waren Psyche und Schicksal mythische Wesen; für die Naturvölker sind sie es heute noch. Sie galten als Sonderwesen, die zu ihrer Existenz keines anderen bedurften, die in sich und durch sich begriffen wurden. Sie waren souveräne Mächte. Schicksal als *Μοῖρα* galt als die Schicksalsgöttin, die jedem Menschen sein Geschick, gutes wie böses, zuteilte. *Μοῖρα* bedeutete aber auch die Unglücks- und Todesgöttin¹.

Zu jenen mythischen Zeiten trugen Psyche und Schicksal noch eine besondere *ewige Substanz*, die teils göttlicher Natur war. Diese wurde allmählich durch die sich entwickelnden Sophien (Theosophie, Philosophie) und Logien (Mythologie, Psychologie, Anankologie²) in *wissenschaftliche Instanzen* verwandelt. So wurden die ursprünglich für sich bestehenden und trotz allem Wechsel der Erscheinungen beharrenden, unsterblichen mythischen Substanzen mit der Zeit völlig entmythologisiert. Heute spricht die Wissenschaft von «Provinzen», «Bezirken» oder «Instanzen», von «Qualitäten» der Psyche und des Schicksals, von «nervösen oder psychischen Energien» und «Schicksalskräften», deren Funktionen und Zuständlichkeiten den weltanschaulichen Wandlungen machtlos ausgeliefert sind.

So konnte es geschehen, daß durch die Rationalisierung Psyche und Schicksal zu realen Untersuchungsobjekten wissenschaftlicher Analysen (Psycho-Analyse, Daseins-Analyse, Schicksals-Analyse usw.) wurden.

Unter all diesen analytischen Wellen finden wir aber auch in der Gegenwart Strömungen, die sowohl der Psyche wie dem Schicksal ihre einstige unsterbliche Substanz – zwar mit einer anderen Terminologie – dem Wesen nach zurückzugeben suchen. Auch diese neumythologischen Strömungen müssen wir verfolgen, die gegenwärtig vor allem in Gestalt der Archetypenlehre C. G. JUNG'S erscheinen.

Die bereits vorhandenen begriffsgeschichtlichen Arbeiten ersparen die ausführliche Darstellung der Geschichte des Psyche-³ und Schicksalsbegriffes⁴. So sehen wir unsere Aufgabe zunächst darin, einen kurzen Rückblick über die Ursachen der Krise in der Tiefenpsychologie zu geben. Diese entstand u. E. einerseits durch die Einseitigkeit der nur-naturwissenschaftlichen, kausal-mechanistischen Denkart der Psychoanalyse, andererseits aber durch die Grenzenlosigkeit der

¹ PAPPÉ, W.: Griechisch-Deutsches Handwörterbuch, Bd. II. Braunschweig, Vieweg und Sohn, 1849. S. 193.

² *Anankologie* = die Lehre von dem Schicksal. Das Wort bildete ich von *ἡ ἀνάγκη*, was Zwang und Schicksal bedeutet. PAPPÉ, W. Bd. I. S. 143.

³ RÉVÉSZ, BÉLA: Geschichte des Seelenbegriffes und der Seelenlokalisationen. F. Enke, Stuttgart. 1917.

⁴ ELLENBERGER, H.: Das menschliche Schicksal als wissenschaftliches Problem. Zur Einführung in die Schicksalsanalyse von SZONDI. Psyche, Jg. IV, H. 11. 1951. S. 576ff.

mythisch-mystischen finalen Anschauungsart der Analytischen Psychologie. Um die Genese dieser Krise aufdecken zu können, werden wir I. die *homerische* Psyche in zwei neuzeitlichen Interpretationen, ferner II. die *freudsche* und III. die *jungsche* Psyche darstellen. Danach weisen wir auf die Wege hin, wie IV. *die Daseinsanalyse* LUDWIG BINSWANGERS und V. *die Schicksalsanalyse* die Spaltung der Tiefenpsychologie zu überbrücken versuchten. Durch die Auseinandersetzung mit dem Grund der Tiefenpsychologie und mit dem Wesen der Tiefe überhaupt erschliessen wir den Ausblick zu einer vereinten Psychotherapie.

I. Die homerische Psyche

Fragt man ein griechisch-deutsches Handwörterbuch, was alles das Wort ψυχή einst bei den Griechen bedeutet hat, so erhalten wir folgende Sinngebungen: *Hauch, Atem, Odem, Leben, Seele* des Lebenden und *Seele* des Abgeschiedenen, *Schatten* im Hades, der die Gestalt dessen vollkommen behielt, dem er im Leben angehört hatte; ferner *Vogel, Schmetterling, Motte*, die man als Sinnbild des Lebens und der Unsterblichkeit der Seele brauchte; *Herz*, als Sitz des Willens, der Begierden und der Leidenschaften; *Gesinnung* und *Mut* und zum Schluß: *Verstand* und *Geist*¹.

Begnügt man sich aber nicht mit dieser bunten Aufzählung aller möglichen Bedeutungen und richtet dieselbe Frage an den Wissenschaftler, an erster Stelle den Althilologen, Mythologen und Religionshistoriker des letzten Halbjahrhunderts, die das Wort «Psyche» bei HOMER an den gleichen Stellen seiner Werke interpretiert haben, so muß man mit Erstaunen feststellen, welch große Diskrepanz heute noch zwischen den Interpretationen klafft und in welchem ausschlaggebendem Maße die persönliche Weltanschauung des Interpreten auf die Sinngebung des Wortes «Psyche» bei HOMER sich auszuwirken vermochte.

Was die Griechen zu jener Zeit des HOMER unter Psyche verstanden haben, ist heute noch ein zwiespältiges Problem der Wissenschaft. Dies wird uns bewußt, wenn wir die Ansichten zweier führender Althilologen und Religionshistoriker, ERWIN ROHDE und WALTER F. OTTO, gegenüberstellen.

In dem 1893 erschienenen Buch «Psyche» schreibt E. ROHDE über die homerische Psyche folgendes: «Ihr Name bezeichnet sie, wie in den Sprachen vieler anderer Völker die Benennungen der ‚Seele‘, als ein luftartiges, hauchartiges, im Atem des Lebenden sich kundgebendes. Sie entweicht aus dem Munde, auch wohl aus der klaffenden Wunde des Sterbenden – und nun wird sie, frei geworden, auch wohl genannt ‚Abbild‘ (εἰδωλον). . . . Die Art dieses schattenhaften Ebenbildes des Menschen, das im Tode sich von diesem ablöst und schwebend enteilt, wird man am ersten verstehen, wenn man sich klarmacht, welche Eigenschaften ihm *nicht* zukommen. Die Psyche nach homerischer Vorstellung ist nichts, was dem irgendwie ähnlich wäre, was wir, im Gegensatz zum Körper ‚Geist‘ zu nennen pflegen. Alle Funktionen des menschlichen ‚Geistes‘ im weitesten Sinne, . . . sind in Tätigkeiten, ja sind möglich, nur solange der Mensch im Leben steht. Tritt der Tod ein, so ist der volle Mensch nicht länger beisammen: der Leib, d. i.

¹ PAPE, W.: Griechisch-Deutsches Handwörterbuch. Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 1849. Bd. II. S. 1378f.

der Leichnam, nun ‚unempfindliche Erde‘ geworden, zerfällt; die Psyche bleibt unverehrt.» . . . «Der Mensch ist lebendig, seiner selbst bewußt, geistig tätig nur solange die Psyche in ihm verweilt, aber nicht sie ist es, die durch Mitteilung ihrer eigenen Kräfte dem Menschen Leben, Bewußtsein, Willen, Erkenntnisvermögen verleiht, sondern während der Vereinigung des lebenden Leibes mit seiner Psyche liegen alle Kräfte des Lebens und der Tätigkeit im Bereiche des Leibes, dessen Funktionen sie sind. Nicht ohne Anwesenheit der Psyche kann der Leib wahrnehmen, empfinden und wollen, aber er übt diese und alle seine Tätigkeiten nicht aus durch die oder vermittelt der Psyche¹.»

Mit diesen Worten stellt ERWIN ROHDE die Psyche in der homerischen Psychologie dar. Er vertritt die Auffassung, daß *der Mensch nach der homerischen Psychologie zweimal da sei*. Erstens: in seiner wahrnehmbaren Erscheinung. Zweitens: in seinem unsichtbaren Abbild als εἶδωλον, welches erst im Tode vom Leib frei wird. «Dies und nichts anderes ist seine Psyche.» Die Psyche lebt nach dieser Interpretation «wie ein fremder Gast, ein schwächerer Doppelgänger, sein *anderes Ich*» in dem lebendigen, vollbeseelten Menschen². Auf die Frage, wie der Grieche zu dieser Annahme der Psyche als eines Doppelgängers, eines anderen Ichs im Menschen, kam, antwortet E. ROHDE: «Aus den Erfahrungen eines scheinbaren Doppellebens im Traum, in der Ohnmacht und Ekstase³.» Diese Erfahrungen sollten die Existenz eines selbständig ablösbaren «zweiten Ichs» neben dem alltäglichen sichtbaren Ich beweisen.

Es muß zwar im Lebenden drin sein, hat aber an keiner seiner Lebensäußerungen Anteil. Im lebenden Menschen *schläft* die Psyche, wie dies bei PINDAR – einem viel späteren griechischen Autor – klar ausgesprochen wurde: «Der Leib folgt dem Tode, dem allgewaltigen. Lebendig aber bleibt das Abbild des Lebenden . . ., es *schläft* aber (dieses Eidolon), wenn die Glieder tätig sind, aber dem Schlafenden oft im Traume zeigt es Zukünftiges⁴.»

Diese Interpretation der homerischen Psyche hat nun von einem anderen führenden Religionshistoriker, WALTER F. OTTO, eine scharfe Kritik und Richtigstellung erhalten⁵. Zunächst behauptet WALTER F. OTTO, daß zu der PINDAR entsprechenden Auffassung E. ROHDES, nach der die Psyche im wachen, lebendigen Menschen schläft und deren Reich die Traumwelt wäre, bei Homer nicht der geringste Grund aufzufinden ist. Homer bringt weder das träumende Tun noch das wache Handeln des Menschen mit der Psyche in Verbindung. Die viel spätere Auffassung des PINDAR bedeutete, daß das Abbild, das Eidolon, von den Göttern stamme. Das entsprach aber nicht dem homerischen Glauben⁶. «Für Homer sind die Traumerscheinungen bekanntlich reale Wesen», schreibt WALTER F. OTTO – . . . «immer ist die von dem Schlafenden gesehene Figur tatsächlich da⁷.» Homer denkt zweifellos daran, «daß der Mensch die nächtliche Erscheinung

¹ ROHDE, E.: Psyche. Seelenkult und Unsterblichkeitsglaube der Griechen. IX. und X. Aufl. Tübingen, J. C. B. Mohr. 1925. S. 3–4.

² Ebenda: S. 6.

³ Ebenda: S. 6.

⁴ Ebenda: S. 6–7.

⁵ OTTO, WALTER, F.: Die Manen oder von den Urformen des Totenglaubens. II. Aufl. 1958. H. Gentner, Verlag, Darmstadt.

⁶ Dies wird auch von E. ROHDE behauptet.

⁷ Ebenda: S. 18.

mit denselben Organen bemerkt, wie jedes Ding bei Tag; sind sie doch gleich gegenständlich und gegenwärtig»¹.

«Die homerische Psychologie», sagt WALTER F. OTTO, «das ist hier das Entscheidende – legt die Annahme einer träumenden Psyche durch nichts nahe und wird mit ihr in keinem Punkt klarer².» Nach seiner Interpretation findet man also bei Homer keinen Grund zur Annahme, daß in der griechischen Psychologie die Psyche als ein Sonderwesen, als das zweite Ich, als das Ich im Traum oder als der nach dem Tod freigewordene Doppelgänger aufgefaßt wurde. Diese irrtümliche Interpretation stammt nach WALTER F. OTTO aus der animistischen Theorie TYLORS und SPENCERS, die von E. ROHDE willkürlich von den primitiven Völkern auf den griechischen Glauben übertragen wurde. Sie ist nicht griechisch.

Was soll aber das Wort «Psyche» dann in der homerischen Psychologie bedeutet haben? Nach eingehender Prüfung aller homerischen Stellen behauptet WALTER F. OTTO: *Homer versteht unter Psyche nichts anderes als «das Leben»*³. Er sagt wörtlich: «Es ist längst bemerkt worden, daß die homerische Sprache auch an anderen Stellen, so gut wie das spätere Griechisch, unter ψυχή *das Leben* versteht⁴.» Und an anderem Ort:

«Homer selbst spricht nicht bloß an keiner Stelle von einem Aufenthalt der Psyche im Körper des Menschen, sondern er vermeidet, scheinbar absichtlich, einen Ausdruck dieser Art auch da, wo er, wie man meinen sollte, sich selbst angeboten hätte⁵.» Homer bringt auch die Traumgeschichte nicht mit der Psyche in Zusammenhang. Er zweifelt sogar daran, ob Psyche bei Homer Atem, Hauch, bedeutet hat, wie das Wort *anima* im Latein. «Zunächst hat das griechische Wort ψυχή eine ganz andere Geschichte als das lateinische *anima*. Dieses bedeutet nicht bloß ursprünglich ‚Hauch‘, sondern hat diese Bedeutung niemals verloren. Für ψυχή dagegen findet sich bei Homer nicht eine einzige Stelle, wo es den Atem bezeichnen *müßte*, und zwar mit derselben Notwendigkeit ihn bezeichnen müßte, mit der es an einer Reihe von Stellen das Leben bedeutet⁶.»

Die Psyche des Toten bei Homer wird ebenfalls durch WALTER F. OTTO anders interpretiert als durch ERWIN ROHDE. Von OTTO wird auch hier aus der Definition von ROHDE alles das ausgeschieden, was durch die *Tylor-Spencersche* animistische Seelentheorie falscherweise hineingekommen ist, wenn er sagt: «Kein Zweifel, nur des Lebens, nicht der ‚Seele‘ beraubt ist derjenige, der in den Hades geht⁷.» «Die Psyche des Toten ist danach so wenig die Lebensseele, daß ihr vielmehr gerade diese fehlt zum vollen Leben. Sie ist *keine entkörpernte Seele*, wie man meint, sondern gerade umgekehrt: ein Leib, dem die Substanz verlorengegangen ist, und damit im radikalsten Sinn ein *entseelter Leib* – genau das, was Vergil, Aen. VI, 292, mit den Worten ausdrückt: «tenuis sine corpore vitas . . . volitare cava sub imagine formae⁸.» WALTER F. OTTO geht aber noch weiter, indem er feststellt: «Und darum ist von dieser Psyche während des Lebens nie die Rede,

¹ Ebenda: S. 19.

² Ebenda: S. 19.

³ Ebenda: S. 25.

⁴ Ebenda: S. 25.

⁵ Ebenda: S. 24.

⁶ Ebenda: S. 27.

⁷ Ebenda: S. 26.

⁸ Ebenda: S. 34–35.

weil sie der ins Schattenhafte umgesetzte Körper ist. Der Mensch selbst – womit die naive Anschauung natürlich die körperliche Erscheinung meint – als Gespenst¹.»

Seine Schlußfolgerung lautet: «Die Psyche des Verstorbenen ist also für die homerische Auffassung der ins Schattenhafte umgesetzte Leib. Nicht bloß wird ihrer, wie jeder weiß, während des Lebens keine Erwähnung getan und keine der Lebensfunktionen auf sie zurückgeführt, sondern sie war damals als Sonderwesen überhaupt nicht vorhanden, und wenn im Augenblick des Todes zum erstenmal von ihr gesprochen wird, so bedeutet dies, daß erst mit diesem Augenblick ihr Dasein beginnt².»

*

Nachdem wir die Interpretationen der homerischen Psyche durch zwei Religionshistoriker und Althilologen zitierten, die auf ihrem Spezialgebiet als die vornehmsten Wissenschaftler gelten, müssen wir feststellen, daß über Wesen, Begriff und Funktion der Psyche bei Homer zwei polar entgegengesetzte Auffassungen geäußert wurden. Dies ist um so erstaunlicher, da ja beide an den gleichen Stellen Homers das Wort $\psi\upsilon\chi\eta$ interpretierten. Dennoch behält die Psyche bei E. ROHDE ihre ewige Substanz als Sonderwesen eines Doppelgängers, der erst nach dem Tode frei und unsterblich wird; bei WALTER F. OTTO dagegen wird sie fast entmythologisiert und ausschließlich nur als «das Leben» interpretiert. Diese merkwürdige Diskrepanz stammt aus derselben Dualität der Denkart, die auch bei S. FREUD und C. G. JUNG feststellbar ist. E. ROHDE und C. G. JUNG denken mystisch-mythisch-final. Hingegen ist die Denkart von WALTER F. OTTO und S. FREUD streng naturwissenschaftlich-kausal.

II. Die freudsche Psyche

Wir tun gut, wenn wir uns zuerst vor allem an die Auslegungen des unvollendeten Abrisses der Psychoanalyse von 1938 halten. Hier hat ja S. FREUD seine letzte Interpretation des Psychischen – ein Jahr vor seinem Tode – niedergelegt. Im ersten Kapitel «Die Natur des Psychischen» schreibt er: «Von dem, was wir unsere Psyche (Seelenleben) nennen, ist uns zweierlei bekannt, erstens das körperliche Organ und Schauplatz desselben, das Gehirn (Nervensystem), andererseits unsere Bewußtseinsakte, die unmittelbar gegeben sind und uns durch keinerlei Beschreibung nähergebracht werden können. Alles dazwischen ist uns unbekannt, eine direkte Beziehung zwischen beiden Endpunkten unseres Wissens ist nicht gegeben. Wenn sie bestünde, würde sie höchstens eine genaue Lokalisation der Bewußtseinsvorgänge liefern und für deren Verständnis nichts leisten³.»

Die freudsche Psyche ist kein Sonderwesen mehr mit ewiger Substanz, sondern ein fast anatomisch-mikroskopisch analysierbares, topographisch lokalisierbares, entwicklungsmechanistisch verständliches *Organ*, das FREUD mit Vorliebe als Neutrum «das Psychische» genannt hat.

¹ Ebenda: S. 35.

² Ebenda: S. 36–37.

³ FREUD, S.: Gesammelte Werke. Bd. XVII. Abriß der Psychoanalyse. Imago Publ. London, 1941. S. 67.

Bekanntlich hat SIGMUND FREUD von 1876 bis 1882 im physiologischen Laboratorium von ERNST BRÜCKE eine Aufgabe aus der Histologie des Nervensystems eines der niedrigsten Fische (Ammocoetes-Petromyzon) zur Zufriedenheit seines Meisters gelöst. Hernach hat er – ab 1882 – als Sekundararzt im Allgemeinen Krankenhaus, Wien, im Gehirnanatomischen Institut MEYNERTS an der menschlichen Medula oblongata weiter mit dem Mikroskop geforscht und 1885 die Dozentur für Neuropathologie erlangt. Dieser FREUD ist auch später in der Betrachtung des Psychischen der besonderen anatomisch-topographischen Schauart treu geblieben. Dies erhellt im besonderen aus dem *Aufbau und der Lokalisation des psychischen Apparates*. In dem bereits erwähnten Abriß von 1938 schreibt er: «Unsere beiden Annahmen setzen an diesen Enden oder Anfängen unseres Wissens an. Die erste betrifft die *Lokalisation*. Wir nehmen an, daß das Seelenleben die Funktion eines Apparates ist, dem wir räumliche Ausdehnung (sic!) und Zusammensetzung aus mehreren Stücken (sic!) zuschreiben, den wir uns also ähnlich vorstellen wie ein Fernrohr, ein Mikroskop u. d. g.¹» «Fernrohr und Mikroskop» scheinen uns hier mehr zu sein denn zufällig gewählte Metaphern. FREUD betrachtete das Seelenleben zuerst stückweise – wie durch ein Mikroskop – um danach – ähnlich wie GOLGI seinen «apparato reticolare interno» aller tierischen und menschlichen Zellen – den Apparat des Psychischen aus mehreren Stücken zusammenstellen zu können. Im Sinne einer anatomischen Topographie nannte er die vorgefundenen Stücke seines psychischen Apparates «Provinzen», «Bezirke» oder «Instanzen». Diese sind: *das Es*, *das Ich* und *das Über-Ich*, denen er besondere «Räumlichkeiten» zugewiesen hat. Der erste und älteste Teil dieser Provinzen beinhaltet alles, was ererbt, bei der Geburt mitgebracht, konstitutionell festgelegt ist. Vor allem also die aus der Körperorganisation stammenden *Triebe*, die hier einen ersten, uns in seinen Formen unbekanntem psychischen Ausdruck finden². An diesem ältesten, ererbten Teilstück des psychischen Apparates, welches nach der Psychoanalyse durch das ganze Leben das wichtigste bleibt, hat die Forschungsarbeit FREUDS eingesetzt.

Über das zweite Teilstück, *das Ich*, schreibt FREUD: «Unter dem Einfluß der uns umgebenden realen Außenwelt hat ein Teil des Es eine besondere Entwicklung erfahren. Ursprünglich als *Rindenschicht* (sic!) mit den Organen zur Reizaufnahme und den Einrichtungen zum Reizschutz ausgestattet, hat sich eine besondere Organisation hergestellt, die von nun an zwischen Es und Außenwelt vermittelt. Diesem *Bezirk* unseres Seelenlebens lassen wir den Namen des Ichs³.» An einer anderen Stelle spricht FREUD von Bewußtsein als der Oberfläche des seelischen Apparates «nicht nur im Sinne der Funktion, sondern diesmal im Sinne der anatomischen Zergliederung» (sic!)⁴. Diese Ausdrücke erinnern unverkennbar an die Sprache der Entwicklungsmechanik, die ja mit dem Mikroskop die Entwicklung der Organe verfolgt und darstellt. Bei der Beschreibung des *dritten* Teilstückes des psychischen Apparates behält FREUD die nämliche entwicklungsmechanistische Schauart bei, indem er die Instanz «*Über-Ich*» als «*Nieder-schlag*» der langen Kindheitsperiode, «während der der Mensch in Abhängigkeit

¹ Ebenda: S. 67.

² Ebenda: S. 68.

³ Ebenda: S. 68.

⁴ FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schr. Bd. VI, S. 362.

von seinen Eltern lebt»¹, und zwar als «eine Stufe» im Ich auffaßt. Am klarsten entpuppt sich die einstige topographische Schauart FREUDS dort, wo er versucht hat, den psychischen Apparat graphisch darzustellen. So sagt er: «Ein Individuum ist nun für uns ein psychisches Es, unerkannt und unbewußt; diesem sitzt das Ich oberflächlich auf (sic!) aus dem W-System als Kern entwickelt. Streben wir nach graphischer Darstellung, so werden wir hinzufügen, das Ich *umbüllt* das Es nicht ganz, sondern nur insoweit das System *W* (Wahrnehmung) dessen *Oberfläche* bildet, also etwa so wie die Keimscheibe dem Ei aufsitzt. Das Ich ist vom Es nicht scharf getrennt, es fließt nach unten hin mit ihm zusammen. Aber auch das Verdrängte fließt mit dem *Es* zusammen, ist nur ein Teil von ihm.» . . . «Wir erkennen sofort, fast alle Sonderungen, die wir auf die Anregung der Pathologie hin beschrieben haben, beziehen sich nur auf die – uns allgemein bekannten – *Oberflächen-Schichten* (sic!) des seelischen Apparates. Wir könnten von diesen Verhältnissen eine Zeichnung entwerfen, deren Konturen allerdings nur der Darstellung dienen, keine besondere Deutung beanspruchen sollen. Etwa fügen wir hinzu, daß das Ich eine ‚Hörkappe‘ trägt, nach dem Zeugnis der *Gehirnanatomie* (sic!) nur auf einer Seite. Sie sitzt ihm sozusagen schief auf².»

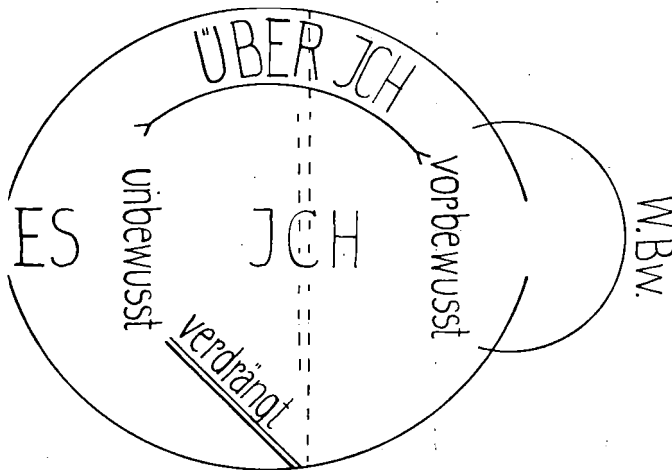


Abb. 1. Strukturschema des psychischen Apparates nach S. FREUD

«Es ist leicht einzusehen» – setzt FREUD fort –, «das Ich ist der durch den direkten Einfluß der Außenwelt unter Vermittlung von *W-Bw* (Wahrnehmungsbewußtsein) veränderte Teil des Es, gewissermaßen *eine Fortsetzung der Oberflächendifferenzierung*³.»

Solche Ausdrücke wie: «Anatomische Zergliederung», «räumliche Ausdehnung», «Oberflächen-Schichten eines Apparates», «Fortsetzung der Oberflächendifferenzierung» usf. könnten wir eher in einem Buch über Gehirnanatomie oder

¹ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse, Bd. XVII, S. 69.

² FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schr. Bd. VI, S. 367–368.

³ Ebenda: S. 368. (Vom Verfasser unterstrichen.)

Entwicklungsmechanik (Embryologie) erwarten denn in einem Werk über die Psyche.

FREUD war aber nicht nur ein erstklassiger Gehirnanatom, sondern auch ein intuitiver Physiologe. Der Physiologe FREUD erscheint im Aufbau seines psychischen Apparates dort, wo er die *Qualitäten des Psychischen in das Bewußte (Bw)*, *Vorbewußte (Vbw)* und *Unbewußte (Ubw)* bestimmt und diese den drei Provinzen des seelischen Apparates zuordnet.

Über die Qualität des Bewußten stellt FREUD fest: «Bei der tierischen Psyche finden wir bewußte Vorgänge nur an der Peripherie des Ichs. Alle anderen Vorgänge im Ich sind unbewußt. Beim Menschen können auch *innere* Vorgänge im Ich die Qualität des Bewußtseins erwerben. Dies ist das Werk der Sprachfunktion, die Inhalte des Ichs mit Erinnerungsresten der visuellen, besonders aber akustischen Wahrnehmungen in feste Verbindung bringt. Von da ab kann die wahrnehmende Peripherie der Rindenschicht in weit größerem Umfang auch von innen her erregt werden, innere Vorgänge wie Vorstellungsabläufe und Denkvorgänge können bewußt werden, und es bedarf einer besonderen Vorrichtung, die zwischen beiden Möglichkeiten unterscheidet, der sogenannten *Realitätsprüfung*¹.»

Die Qualität des Vorbewußten eignet sowohl dem Inneren des Ichs als auch dem Über-Ich. Die Qualität des Unbewußten herrscht im Es.

Ursprünglich war alles im psychischen Apparat unbewußtes Es. Das Ich entwickelte sich durch den Einfluß der Außenwelt erst allmählich. Es-Stücke wurden vorbewußt und somit zu Ichinhalten. Der Hauptteil der unbewußten Inhalte ist unverändert im Es als dessen schwer zugänglicher *Kern* zurückgeblieben. Andere, bereits schon bewußt aufgenommene Inhalte des Es mußten wieder ins Ubw zurück, und so entstand das «Verdrängte». Die Scheidung zwischen den Inhalten des Verdrängten und dem Kern des Unbewußten hält FREUD für sehr schwer. Diese Trennung wurde später von C. G. JUNG (kollektives Ubw) und dem Verfasser (familiäres Ubw) durchgeführt. Nach FREUD beinhaltet der Kern das ursprünglich Mitgebrachte, das Verdrängte hingegen das während der Ichentwicklung Erworbene.

Sollte ein Kritiker die Meinung hegen, S. FREUD habe als gewesener Hirnanatom die Psyche durch den dargestellten «psychischen Apparat» vielleicht zu «grob-anatomisch» aufgebaut, so muß er vor dem «Physiologen FREUD», der die Qualitäten des Psychischen mit einer erstaunlichen Feinheit differenzierte, schlußendlich doch den Kopf beugen. – Bei dieser Analyse der psychischen Qualitäten entfaltet sich am klarsten nicht nur die Qualität der freudschen Psyche, sondern noch mehr: die Qualität der Psyche des Mannes S. FREUD.

*

Dieselbe Qualität bringt FREUD auch als *Energetiker* in seiner Trieblehre zum Vorschein. Er nennt *Triebe* diejenigen *Kräfte*, die man hinter den Bedürfnisspannungen des Es annimmt und die die körperlichen Anforderungen an das Seelenleben repräsentieren. Er sagt: «Nach langem Zögern und Schwanken haben wir uns entschlossen, *nur zwei Grundtriebe* anzunehmen, den *Eros* und den *Destruk-*

¹ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. XVII. Imago Publ. London, S. 84. Vgl. dazu: Das Ich und das Es. Ges. Schr., Bd. VI, S. 372, Fußnote 2.

tionstrieb» (Todestrieb) . . . Das Ziel des ersten ist, immer größere Einheiten herzustellen und so zu erhalten, also *Bindung*, das Ziel des anderen im Gegenteil, Zusammenhänge aufzulösen und so die Dinge zu zerstören.» . . . «In den biologischen Funktionen wirken die beiden Grundtriebe gegeneinander oder kombinieren sich miteinander.» . . . «Dieses Mit- und Gegeneinanderwirken der beiden Grundtriebe ergibt die ganze Buntheit der Lebenserscheinungen¹.»

Die Zuordnung der zwei Grundtriebe und ihrer Energiequalitäten zu den drei Provinzen des seelischen Apparates ist nach FREUD nicht möglich. Beide Energien sind ja in allen Bezirken synchron anzutreffen. FREUD nennt die Energie des Eros «Libido», sein Schüler, FEDERN, die des Destruktionstriebes oder Todesstriebes «Mortido»². Im Anfangszustand neutralisiert die Libido als Energie in dem noch undifferenzierten Ich-Es die Kräfte des gleichzeitig vorhandenen Destruktionstriebes. Später kann man die Schicksale der Libido leicht, die der Mortido schwerer, aber dennoch verfolgen. Das besondere Prinzip in der freudschen Energetik sehen wir darin, daß FREUD alle seelischen Erscheinungen *kausal* auf die gleiche Energie der Libido zurückführt. So auch die Sublimation. *Die Grundenergie, die Libido, verändert sich nach Freud nie. Nur das Objekt, an dem sich diese Grundenergie befriedigt, wird verwandelt.* Aus dem Kräftespiel des Eros und des Thanatos entsteht *die Dynamik des Psychischen* und des Lebens überhaupt, ähnlich wie durch die Kräfte des Phyllos und Neikos bei *Empedokles von Akragas*³.

III. Die jungsche Psyche

Der gangbarste Weg zur Differenzierung der jungschen und freudschen Psyche scheint uns die Beantwortung folgender drei Fragen zu sein:

Erstens: Womit hat C. G. JUNG zur Topik psychischer Phänomene beigetragen? Zweitens: Womit wurde durch ihn die Physiologie der Psyche bereichert? Drittens: Worin unterscheidet sich die psychische Energetik C. G. JUNGS von der S. FREUDS? Erst danach können wir uns an die Unterscheidung dieser zwei Tiefenpsychologien von einem höheren metakritischen Standpunkt heranwagen.

Zur Frage der *Topographie* genügt es, folgendes hervorzuheben: C. G. JUNG scheint die Psyche ebenfalls *in Schichten* zu betrachten und diejenigen des Unbewußten und des Ichs von FREUD zu übernehmen. Der besondere Zusatz C. G. JUNGS zu dem psychischen Apparat S. FREUDS besteht in der Neubildung zweier Instanzen: die eine zeigt nach unten; es ist die Schicht des *kollektiven Unbewußten*, die andere nach oben; es ist *das Selbst*. C. G. JUNG schreibt: «Eine gewissermaßen oberflächliche Schicht des Unbewußten ist zweifellos persönlich. Wir nennen sie das *persönliche Unbewußte*. Dieses ruht aber auf einer tieferen Schicht, welche nicht mehr persönlicher Erfahrung und Erwerbung entstammt, sondern angeboren ist. Diese tiefere Schicht ist das sogenannte *kollektive Unbewußte*. Ich habe den Ausdruck ‚kollektiv‘ gewählt, weil dieses Unbewußte nicht individueller, sondern *allgemeiner* Natur ist, d. h. es hat im Gegensatz zur persönlichen Psyche

¹ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. XVII, S. 70–71.

² FEDERN, P.: Ichpsychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart. 1956. S. 303ff.

³ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. XVII, S. 71.

Inhalte und Verhaltensweisen, welche überall und in allen Individuen cum grano salis dieselben sind¹.»

Die Inhalte des persönlichen Ubw sind nach JUNG die «gefühlbetonten Komplexe», die des kollektiven Ubw hingegen die sogenannten «Archetypen». Archetypen als Wirkungseinheiten sind ewig vorhandene, zeitlose Bilder und *Regulatoren der menschlichen Urnatur, der Triebkraft und des Geistes*. Sie stellen somit in der Psyche *das Form- und Gestaltungsprinzip des menschlichen Daseins dar*. Dieses schöpferische Gestaltungsprinzip ist für die *jungsche* Psyche charakteristisch.

Nach oben ergänzt C. G. JUNG die Psyche mit der Instanz des «Selbst», die er von dem freudschen «Ich» scharf zu trennen sucht. Er schreibt: «Unter ‚Ich‘ ist jener komplexe Faktor, auf den sich alle Bewußtseinsinhalte beziehen, zu verstehen. Er bildet gewissermaßen *das Zentrum des Bewußtseinsfeldes*, und insofern letzteres die empirische Persönlichkeit umfaßt, ist das Ich das Subjekt aller persönlichen Bewußtseinsakte².»

Ist das Ich nur die bewußte Persönlichkeit, so nennt C. G. JUNG die Gesamtpersönlichkeit: *das Selbst*. Das Selbst ist hier also «die Totalität der bewußten und der unbewußten Psyche»³. Das heißt: die Ganzheit des bewußten und unbewußten Menschen. JUNG behauptet, daß das Selbst in seiner Psychologie ein Grenzbegriff sei, den man nicht auf die Grenzen der individuellen Psyche beschränken darf, da das Unbewußte, das ja dem «Umfang des Selbst» zugehört, grenzenlos und unbestimmbar ist⁴. *Ferner soll das Selbst von allem Anfang an schon vorhanden sein, aber latent, d. h. unbewußt*. Erst im Laufe des Einzellebens wird das Selbst bewußt. Der Weg zur Selbst-Werdung, zur Individuation, führt nach JUNG durch die Assimilierung im besonderen dreier archetypischer Wirkungselemente: des *Schattens*, der *Anima* bzw. des *Animus* an das Ich.

Über die *Physiologie* der von C. G. JUNG neu eingeführten Instanzen heben wir folgendes hervor:

Die Funktion der Archetypen ist die Gestaltung, die Formgebung des Schöpferischen. Die Archetypen selber sind mit den «Triebgestalten», d. h. mit den «patterns of behaviour» identisch. Jeder Trieb soll demnach die Gestalt seiner Ursituation haben, die ein *archaisches, ewiges Bild* zur Erfüllung bringt. Neben der Gestaltung der Triebkräfte sollen die Archetypen aber auch *in der Gestaltung des Geistes*, in der Form und Macht des Ergriffenseins, des *Numinosums* (R. OTTO, Mythologie, Religion), in der Bestimmung der Gefühlswerte, also der *Wertfunktion* der Seele, im *Vorherwissen*, d. i. in der Aufbewahrung des *Urnwissens* und der *Urnatur* der Menschheit, als die ausschlaggebende, *ewig gleiche* Radikale fungieren. Daher die *jungsche* Definition: «Die Archetypen sind ‚typische Formen‘ des Auffassens, und überall, wo es sich um gleichmäßige und regelmäßig wiederkehrende Auffassungen handelt, handelt es sich um einen Archetypus, gleichviel, ob dessen mythologischer Charakter erkannt wird oder nicht⁵.» Archetypen figurieren somit «nicht nur als Relikte oder noch vorhandene Reste früherer Funktions-

¹ JUNG, C. G.: Von den Wurzeln des Bewußtseins. Rascher. 1954. S. 4.

² JUNG, C. G.: Aion. Rascher, Zürich. 1951. S. 15.

³ JUNG, C. G.: Psychologie und Alchemie. Rascher, Zürich. 1944. S. 253.

⁴ Siehe hierzu die Kritik des Verfassers in der «Ich-Analyse», S. 145 ff.

⁵ JUNG, C. G.: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume. Rascher, Zürich, 1948, S. 275.

wesen», sondern als «*immer vorhandene biologisch unerläßliche Regulatoren der Trieb-sphäre*».

Über die «physiologische» Funktion des «Selbst» sagt C. G. JUNG: «Der ‚natürliche‘ Mensch ist noch kein Selbst, d. i. keine Ganzheit, sondern Massenpartikel und Masse, ein Kollektivum bis zu dem Grade, daß er seines Ichs nicht einmal sicher ist. Darum bedarf er schon seit uralten Zeiten der Wandlungsmysterien, die ihn zu ‚etwas‘ machen und damit der tierähnlichen Kollektivpsyche, die ein bloßes Vielerlei ist, entreißen¹.» Das Selbst als Ganzheit ist notwendigerweise bewußtseinstranszendent², d. h. das Selbst übersteigt die Grenzen des Bewußtseins in das Jenseitige und wird bei JUNG fast zum Göttlichen.

Den «physiologischen Vorgang» der *Selbst-Werdung*, der *Individuation*, stellt sich JUNG so vor, daß das Bewußtseinsfeld des Ichs sich mit den Inhalten des Unbewußten, d. h. mit dem Schatten, mit der Anima bzw. mit dem Animus erweitert, m. a. W. das Ich assimiliert diese Inhalte einerseits durch Rückzug der unpersönlichen Projektionen des Schattens, der Anima bzw. des Animus, andererseits durch Integration dieser kollektiven unbewußten Inhalte zu einer unbewußt-bewußt-überbewußten (transzendenten) Ganzheit. So entsteht das Selbst als ein überpersönliches Wesen³.

Die *jung'sche Energetik* wird 1. durch die energetisch-finale Betrachtungsweise; 2. durch das Prinzip der Veränderlichkeit, der Ablösbarkeit der seelischen Substanz; 3. durch das Äquivalenzprinzip nach BUSSE charakterisiert und dieses Prinzip auf die Wandlung der Libido adaptiert; 4. durch die sogenannte Extensität und den Mengefaktor gekennzeichnet. Das heißt: die Libido verläßt das eine Gebilde nicht als seine Intensität und geht nicht restlos in ein anderes über – wie nach FREUD –, sondern sie überträgt Charaktere der alten Funktion auf die neue⁴. Kurz: eine seelische Tätigkeit kann nach JUNG nur äquivalent ersetzt werden. C. G. JUNG bleibt aber hier nicht stehen. Er ließ sich zuletzt von Gedankengängen der neuesten Theorien der Atomphysik hinreißen, und so kam er in bezug der psychischen Energie zu folgenden Annahmen: Man kann von einer «*relativen oder partiellen Identität von Psyche und physikalischem Kontinuum sprechen*.» Man müßte die Psyche unter diesem Aspekt als «*bewegte Masse*» auffassen. Die Psyche berührt irgendwie die Materie und umgekehrt muß die Materie eine latente Psyche besitzen⁵. Der Archetypus könnte demnach *atomarer*, die Atome archetypischer Natur sein.

*

Nun haben wir somit den rein naturwissenschaftlichen, kausalistischen Aufbau der *freud'schen* Psyche und die mythisch-mystische, final-geistige Struktur der *jung'schen* Psyche kurz dargestellt. Wir fragen: Waren die beiden großen Baumeister der Tiefenpsychologie mit ihren Werken zufrieden? Hören wir ihre Selbstkritik. In dem unvollendeten Abriß schreibt FREUD 1938: «Wenn wir uns aber

¹ JUNG, C. G.: Psychologie und Alchemie. S. 122.

² Ebenda: S. 253.

³ Über die Unterschiede zwischen dem Überich und Selbst siehe «Ich-Analyse», S. 149f.

⁴ JUNG, C. G.: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume. II. Aufl. Rascher, Zürich, 1948, S. 37, 39, 41, 43.

⁵ JUNG, G. C.: Der Geist der Psychologie. Eranos Jhb., Bd. XIV, S. 462–463, 490.

zur topischen Zerlegung des psychischen Apparates im Ich und Es, mit der die Unterscheidung der Qualität vorbewußt und unbewußt parallel läuft, entschlossen haben *und diese Qualitäten nur als ein Anzeichen des Unterschieds, nicht als das Wesen desselben, gelten lassen, worin besteht dann die eigentliche Natur des Zustandes, der sich im Es durch die Qualität des Unbewußten, im Ich durch die des Vorbewußten verrät, und worin liegt der Unterschied zwischen beiden?*» Die Antwort FREUDS ist pessimistisch. Sie lautet: «*Nun, darüber wissen wir nichts, und von dem tiefdunklen Hintergrund dieser Unwissenheit heben sich unsere spärlichen Einsichten kläglich genug ab. Wir haben uns hier dem eigentlichen noch nicht enthüllten Geheimnis des Psychischen genähert*¹.»

Die Selbstkritik C. G. JUNGS lautete: «Die Problematik der komplexen Psychologie, die ich hier zu schildern versuchte, war für mich selber ein erstaunliches Ergebnis. Ich glaubte, Naturwissenschaft im besten Sinne zu treiben, Tatsachen festzustellen, zu beobachten, zu klassifizieren, kausale und funktionelle Zusammenhänge zu beschreiben, *um zum Schluß zu entdecken, daß ich mich in einem Netzwerk von Überlegungen verfangen hatte, welche weit über alle Naturwissenschaften hinaus in das Gebiet der Philosophie, der Theologie, der vergleichenden Religionswissenschaft und der Geistesgeschichte überhaupt reichen.* Dieser ebenso unvermeidliche wie bedenkliche Übergriff hat mir nicht geringe Besorgnis verursacht².»

Beide Selbstkritiken zeugen nicht nur von einer menschlichen Größe, sondern auch von einer außerordentlichen Liebe zur wissenschaftlichen Wahrheit. Am Ende seines langen Wirkens mußte S. FREUD zugeben, daß er sich zwar dem eigentlichen, noch nicht enthüllten Geheimnis des Psychischen genähert habe, über *das Wesen* des Unterschiedes von den seelischen Qualitäten (Übw und Vbw) weiß er aber gar nichts. Die Kritiker der Psychoanalyse behaupten, daß das Wesen der Psyche mit dem einseitigen naturwissenschaftlichen Kausalitätsprinzip allein niemals erfassbar sei³.

C. G. JUNG gibt mit Besorgnis zu, daß er – über alle Naturwissenschaften hinaus – im Netzwerk der Philosophie, der Theologie, der vergleichenden Religionswissenschaft und der Geistesgeschichte verfangen wurde. Seine Kritiker behaupten, daß mit dem einseitigen *Finalitätsprinzip der Ideen* allein die Psyche in ihrem Wesen auch nicht ergründet werden kann.

In diesem Kampf der zwei monistischen Denkart – Natur gegen Geist und Geist gegen Natur – wurde das Wissen um die Psyche zerrissen. Die Spaltung der Tiefenpsychologie in zwei Schulen hat nicht nur die Schüler gegeneinander gestellt, sondern – was für die Wissenschaft noch tiefgreifender war – den Leib von der Seele, die Natur von dem Geist, die Objektwelt von der Subjektwelt, das Immanente von dem Transzendenten völlig getrennt. Diese Kluft ist auch heute noch nicht überbrückt.

Das Streben nach einem Ausweg aus dieser Krise führte einerseits zur *Da-seinsanalyse* LUDWIG BINSWANGERS, andererseits zu unserer *Schicksalsanalyse*. Das Gemeinsame in diesen zwei Richtungen erachten wir darin, daß beide die Kluft zwischen Objekt (Welt) und Subjekt (Ich) zu überbrücken versuchen. An Stelle der «gespaltenen» Psyche wurde ein höherer Begriff gesetzt, nämlich das *Dasein*

¹ FREUD, S.: Ges. Werke, Bd. XVII, S. 85–86.

² JUNG, C. G.: Der Geist der Psychologie. Eranos Jhb., Bd. XIV, S. 463.

³ Vgl. hiezu BALLY, G.: Die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Handb. der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, Wien. Bd. III, Spezielle Psychotherapie I, S. 8f.

bzw. das *Schicksal*. Die Daseinsanalyse betrachtet alle klinischen, psychopathologischen Erscheinungen nurmehr als besondere Daseinsformen, als «Existenzwandlungen». Die Schicksalsanalyse versucht, in den seelischen Erscheinungen besondere Schicksalsstrukturen, im besonderen das *Zwangschicksal* und das *Freiheitschicksal* als *existenzielle Wahlmöglichkeiten* zu erfassen. Beide Richtungen behaupten, sie treiben keine Philosophie, sondern sind reine *Erfahrungswissenschaften*. Beide messen der *Transzendenz*, dem *Überstieg*, eine ausschlaggebende Rolle bei¹.

IV. Die Daseinsanalyse: eine Analyse, die die Psyche einklammert

Die Daseinsanalyse LUDWIG BINSWANGERS wählte als ihre spezielle Denkmethode das transzendente ἐποχή-Verfahren von E. HUSSERL, d. h. die Methode der «Außer-Aktion-Setzung», der «Einklammerung» aller Wissenschaften, die sich auf die «natürliche» Wirklichkeit beziehen. Auf diese Art wird mit der Methode HUSSERLS die universale Sphäre des «erfahrenen Seins» und der «möglichen Urteile» eingeschränkt und die «absolute Seinsregion», die Region der «absoluten transzendentalen Subjektivität» eröffnet. Die immanente Seinssphäre verliert somit den Sinn einer Realität (wie Mensch, Tier usf.) wie auch den Sinn des menschlichen Bewußtseinslebens. Durch die Einklammerung der Realität entsteht eine «absolute Seinssphäre», die «in sich ist, wie sie ist, was sie ist, ohne Frage nach Sein oder Nichtsein der Welt und ihrer Menschen» . . . «Somit bleibt die reine Bewußtseinssphäre mit dem von ihr Unabtrennbaren (darunter dem ‚reinen Ich‘) als ‚phänomenologisches Residuum‘ zurück².» Nun machte L. BINSWANGER den Versuch, diese philosophische Denkart der reinen transzendentalen Phänomenologie und ihre Wesensschau in die Psychopathologie einzuführen. Er schaltet die vorausgegangene «psychologisch» eingestellte Phänomenologie als antiquierte völlig aus, da diese ja immer noch ihre Untersuchungsobjekte als «reale, tatsächlich ablaufende seelische Akte» betrachtet. Begriffe, wie «Natur, Realität, reales Naturgeschöpf» wie auch alle Begriffe der Psychoanalyse, so unter anderem das «Unbewußte», «das Ich» und das «Über-Ich» wurden einfach außer Aktion gesetzt, somit auch alle *freudschen* «psychischen Mechanismen». L. BINSWANGER will, statt zum psychologischen, zum allgemeinen Wesen, zu einer «Daseinsschau» gelangen. Er sucht das «Was» des jeweiligen «Weltentwurfes» in der Psychopathologie, weil das «Was» über das «Wie» des «Inderweltseins» Auskunft gebe.

¹ Vgl. hierzu das Kapitel II: Wirklichkeit und Möglichkeit.

² HUSSERL, E.: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch. Hg. von W. BIEMEL, Husserliana III, S. 72. M. Nijhoff, Haag, 1950.

So wurden im Lichte der Daseinsanalyse fast alle psychopathologischen Phänomene wie z. B. Ideenflucht, Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn¹, Schizophrenie^{2,3}, Wahn^{4,5} im allgemeinen, Zwang⁶, Depression^{7,8}, Perversion⁹ und Traum¹⁰, kurz alles, was bisher als Psychisches galt, nur noch als Daseinsformen, als Weltentwürfe, als Existenzwandlungen transzendental, phänomenologisch beschrieben; *niemals als «Lebensgehalte»*, sondern ausschließlich als «sprachliche Phänomene» interpretiert.

Denn nach L. BINSWANGER ist es die Sprache, in der sich unsere Weltentwürfe eigentlich «befestigen und artikulieren» und infolgedessen auch feststellen und mitteilen lassen¹¹. Seine wichtigste These in bezug auf den Psychebegriff besagt, daß mit der Lehre HEIDEGGERS vom Inderweltsein als Transzendenz «das Krebsübel aller Psychologie überwunden und der Weg für die Anthropologie freigemacht ist, das Krebsübel nämlich der Lehre von der Subjekt-Objekt-Spaltung der Welt»¹². Durch die Gleichsetzung von Inderweltsein und Transzendenz versucht bekanntlich HEIDEGGER einerseits die *Kluft zwischen Ich und Welt* aufzuheben, andererseits auch *die Struktur der Subjektivität als Transzendenz aufzuhellen*. Die «Einheit von Dasein und Welt» wird somit hergestellt. Durch die Transzendenz wird die Spaltung des Seins in Subjekt (= Mensch, Person) und Objekt (= Gegenstand, Umwelt) aufgehoben¹³.

Fassen wir uns kurz: Die Daseinsanalyse hat die psychischen Instanzen FREUDS (Es, Ich, Über-Ich), wie auch die drei Qualitäten (ubw, vbw, bw) außer Aktion gesetzt. Anstatt von «Psyche» spricht sie vom «Dasein», anstatt von «psychischen Vorgängen» von «Transzendenz» als Inderweltsein. Das Wunder wurde vollzogen: das Krebsübel aller Psychologie, nämlich die Lehre von der Subjekt-Objekt-Spaltung, ist verschwunden – der Zauberstab, der dieses Wunder vollbrachte, heißt: Transzendenz¹⁴. *Und so wurde die Daseinsanalyse zu einer Analyse mit einer eingeklammerten Psyche.*

-
- ¹ BINSWANGER, L.: a) Der Fall Ellen West. Schweiz. Arch. Neur. 53-55. 1944-1945.
 b) Der Fall Jürg Zünd. Ebenda: 56, 1946.
 c) Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Mschr. Psychiatrie. 110, 1945.
 d) Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schweiz. Arch. Psychiatrie. 57, 1946.
 e) Schizophrenie. Neske, Pfullingen, 1957.
- ² WYRSCH, J.: Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise. P. Haupt, Bern, 1949.
- ³ KUHN, R.: Daseinsanalyse eines Falles von Schizophrenie. Mschr. Psychiatrie, 112, 1946.
- ⁴ KUNZ, H.: Die Grenze der psychopathologischen Wahninterpretationen. Z. Neur. 135, 1931.
- ⁵ STORCH, A.: Die Daseinsfrage der Schizophrenen. Schweiz. Arch. Neur. 59, 1947. Lebensgeschichtliches und existenzielles Verständnis des schizophrenen Wahnkranken. Zbl. Neur. 67, 1933.
- ⁶ VON GEBSATTEL, V. E.: a) Die Welt des Zwangkranken.
 b) Zur Psychopathologie der Sucht. Studium Generale. I. Jg., H. 5, 1948.
- ⁷ STRAUS, E.: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Mschr. Psychiatrie, 68, 1928.
- ⁸ BINSWANGER, L.: Melancholie und Manie. Neske, 1960.
- ⁹ BOSS, M.: Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen. Huber, Bern, 1947.
- ¹⁰ BOSS, M.: Der Traum und seine Auslegung. Huber, Bern und Stuttgart, 1953.
- ¹¹ BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bd. I. Zur phänomenologischen Anthropologie. Francke, Bern, 1947, S. 202.
- ¹² Ebenda: S. 193.
- ¹³ Ebenda: S. 193.
- ¹⁴ Näheres über unsere Kritik der Daseinsanalyse siehe «Ich-Analyse», S. 25ff, 126f, 405.

V. Psyche als das freigewordene Leben
Die integrierte Psyche in der Schicksalsanalyse

Vor allem soll hier betont werden, daß wir das Außer-Aktion-Setzen aller freudschen Begriffe in bezug auf Topik, Qualität und Energetik des Psychischen durch die Daseinsanalyse für völlig unmotiviert erachten. Die Daseinsanalyse versuchte, das abgestandene Wasser aus der Badewanne der «antiquierten» Psychologie zu entfernen, um philosophisch reines, destilliertes Wasser einzugießen. Inzwischen hat sie aber auch das äußerst lebensstüchtige Kind S. FREUDS aus der Wanne geschüttet. Die Einführung der «*Transzendenz*», die wir für richtig erachten, motiviert diese Handlung nicht.

Die Schicksalsanalyse (Scha) hat hingegen die Lehre FREUDS von Topik, Qualität und Energetik des Psychischen zwar modifiziert, aber dennoch übernommen. Sie ergänzte sie mit den von der Psa nicht berücksichtigten Funktionen und wagte – last, not least – einen Schritt zum Wesen des Psychischen.

Die Topik des Psychischen wurde in der Scha nach unten mit dem *familiären Ubw*, nach oben mit der Einführung der überbrückenden Tätigkeit des «*Pontifex-Ichs*» ergänzt. Zum Begriff «*Topik*» betonen wir aber – im Gegensatz zur Schichtenbildung – die Bedeutung der «*Funktionsverbände*», die wir an Stelle der «*Topik*» setzen.

Das familiäre Ubw ist derjenige Teil des «*Kerns des Ubw*», in dem die *Abnenansprüche, Abnenbilder, Abnenfiguren*, also *familiäre* (und nicht persönliche oder kollektive) *Genotypen* im Zustand der Latenz vorhanden sind und im Leben des Nachkommen nach Manifestation streben. *Wir lokalisieren das familiäre Ubw im Kernsystem, d. h. in den Chromosomen, in den Genen der Zellen.* Es bedingt somit das *Erb- oder Zwangsschicksal der Person*. Die aus den Erbfaktoren resultierenden psychischen Erbfunktionen können sich in zwei Schicksalsformen manifestieren. Erstens: in der Form *seelischer Krankheiten*, wie Manie, Depression, paranoide und katatoniforme Schizophrenie, Hysterie, Epilepsie, Sadomasochismus und seelischem Hermaphroditismus bzw. Homosexualität. Zweitens: in Form einer höheren, d. h. sublimierten oder sozialisierten Betätigung, die zugleich den acht Triebfaktoren als Erbfaktoren entsprechen würde, also in Form der Berufswahl. Das nennen wir *freies Ichschicksal*.

Das Pontifex-Ich ist derjenige höchste Ichfunktionsverband, welcher diese Verbindung zwischen dem System des Erbschicksals und dem geistigen Freiheitschicksal herstellt.

Die Physiologie der zwei neuen Funktionsverbände können wir hier nur kurz erwähnen. Wir müssen auf die vorausgegangenen Bücher der Schicksalsanalyse¹ hinweisen. Eine der wichtigsten Funktionen des familiären Ubw ist die unbewußte und zwangshafte Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheitsart und Todesform, kurz die Bestimmung des Zwangsschicksals. Somit hat die Schicksalsanalyse neben der *Symptomsprache* des persönlich-verdrängten Ubw (FREUD) und

¹ SZONDI, L.: *Erstes Buch*: Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. Benno Schwabe, Basel. I. Aufl. 1944, II. Aufl. 1948. III. Aufl. 1963. *Zweites Buch*: Experimentelle Triebdiagnostik. Huber, Bern, 1947. II. Aufl. 1960. *Drittes Buch*: Trieb-Analyse. Triebpathologie Bd. I. Huber, Bern, 1952. *Viertes Buch*: Ich-Analyse. Triebpathologie Bd. II. Huber, Bern und Stuttgart, 1956.

der Symbolsprache des kollektiven Ubw (C. G. JUNG) die dritte, die sogenannte *zwangshafte Wahlsprache* des Ubw aufgedeckt und sie auf analytischem und experimentellem (SZONDI-Test) Wege für die Therapie und die klinische Diagnostik angewandt.

Die Funktionen des Pontifex-Ichs tragen den Charakter der *Überbrückung aller Gegensätze* im Unbewußten, im Ich, aber auch derjenigen Gegensätze, welche zwischen Ich und Welt, Subjekt und Objekt, Seele und Leib aufgerissen wurden. Die wichtigsten dieser Funktionen sind:

1. Die *Transzendenz*, d. h. die Lenkung des freien Überstiegs bestimmter seelischer Funktionen aus einem Zustand (ubw, vbw, bw) in den anderen. Die Transzendenz ist im Wesen diejenige Funktion des Pontifex-Ichs, kraft deren eine Funktion vom Zustand des Zwangshaften in den des Freiwerdens und auch umgekehrt aus dem Zustand der haltlosen Freiheitlichkeit in den der Zwanghaftigkeit übergeht. *Die Transzendenz des Pontifex-Ichs trägt also den Charakter der Freiheit.*

2. Die *Integration*, d. h. die Wiederherstellung des Ganzen im Psychischen aus seinen komplementären Teilfunktionen, also die Integration des kollektiven, familiären und persönlichen Ubw zu einem ganzheitlichen Ubw, diejenige des unbewußten, des bewußten Ichs und des vorbewußten Über-Ichs zu einem vereinten Ich.

3. Die *Partizipation*, d. h. das Anteilnehmen und Anteilhaben des einzelnen an dem anderen (Nächstenliebe), an der Welt (Kommunikation) und an Gott (Glaubensfunktion).

Die *Energetik* der Schicksalsanalyse trägt die Note der *Dialektik*. Im familiären Ubw sind alle genischen Strebungen gegensätzlich, dialektisch, angelegt. Sie bewegen sich in Widersprüchen, und zwar sich selbst widersprechend. Dieser Widerspruch im familiären Ubw entsteht durch die polar entgegengesetzten Ansprüche der Ahnenfiguren. Früher sprachen wir von einem dialektischen «Ahnenkampf», heute von einer «Triebdialektik». Wie die Psa, so hegt auch die Scha die Meinung, dass die seelischen Energien, die Triebkräfte, *an sich unveränderlich sind*. Im Gegensatz zu FREUD und JUNG nimmt aber die Scha an, daß in jedem Menschen nicht nur *eine* Qualität der psychischen Energie, nämlich die Libido, wirksam existiere, sondern *mehrere* Qualitäten von Triebenergien, und zwar zum mindesten *acht* Qualitäten, den acht Triebfaktoren entsprechend. Diese acht Energiequalitäten der Triebe sind alle in zwei polar entgegengesetzten Schicksalsformen erblich angelegt, welche sich auf der sogenannten «Drehbühne des Schicksals», als Vorder- und Hintergänger komplementär-dialektisch bewegen. Das heißt, im Faktor der Liebe: Personenliebe und Menschheitsliebe; im Faktor der Aggression: Sadismus und Masochismus; im Faktor der groben Affektbewegungen: tötende Gesinnung (Kain) und das ethische Gesetz; im Faktor der feinen Affektbewegungen: schamloser Geltungsdrang und schamhaftes Sichzurückziehen (Moral); im Faktor der Kapitalisierung: Drang nach Haben und Anpassung der Habsucht an die Realität (Verzichten); im Faktor der Icherweiterung: Alles-Sein (Inflation) und von allem Beeinträchtigtsein (Projektion); im Faktor des Suchens: Kleben, Beharren an der Vergangenheit und Sich-Freimachen von allem, was einmal war und uns gebunden hat (Sich-Verändern); im Faktor der Anklammerung: Sich-Anklammern am alten Objekt und Sich-Abtrennen¹.

¹ SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern u. Stuttgart. II. Aufl. 1960.

Somit entsteht im Psychischen eine Dialektik zwischen Natur und Geist, Tier und Mensch, Gesetzlosigkeit und Gesetz (Ethik), Schamlosigkeit und Moral, Alles-Haben-Wollen und Verzichten-Können, Alles-Sein und Nichts-Sein, Beharren und Sich-Verändern, Sich-Anklammern und -Ablösen. Die Überbrückung aller dieser Gegensätze, die in uns de genere leben, ist die Aufgabe des Pontifex-Ichs. Nun kommen wir zur Frage nach dem Wesen des Psychischen.

VI. Das Wesen des Psychischen. Zum Grund der Tiefenpsychologie

FREUD hat die Dualität des Gegensatzpaares «unbewußt-bewußt» im Psychischen als «seelische Qualitäten» betrachtet. Er gab aber zu, daß diese Qualitäten nur als *Anzeichen*, nicht aber als Wesen des Psychischen aufzufassen seien. Das, was man als Wesen des Psychischen bezeichnen könnte, müßte u. E. *über* der Dualität von «ubw-bw» stehen. Unbewußt und bewußt sollten somit als Urgrund einen gemeinsamen Mutterboden (Matrix) haben. Bei beiden Qualitäten sollte man den nämlichen, gemeinsamen Ur-Drang auffinden, der zum Wesen des Psychischen gehöre, vielleicht sogar das Wesen im Unterschied der beiden Qualitäten ausmache. Wir wagen nun den Sprung in medias res und behaupten:

Das Wesen des Psychischen ist der Drang der Lebensfunktionen nach Freiheit.

Das Wesen des Unterschieds zwischen unbewußt und bewußt (bzw. vorbewußt) sollte auf dem Wege des *Freiheitsprinzips* gesucht werden. Wir nehmen an, daß die Qualitäten unbewußt, vorbewußt bzw. bewußt *nur Stationen* auf dem Wege des Freiwerdens derselben Funktionen darstellen. Trifft diese Annahme zu, so *kann ein Lebensvorgang nur dann «psychisch» genannt werden, wenn in ihm irgendeine Wirkungskraft oder deren Funktion aus dem Zustand der Unfreiheit, der Zwangsläufigkeit in den der Freiläufigkeit drängt.*

Zwangsläufigkeit und Freiläufigkeit, kurz: Zwang und Freiheit, sind die Hauptbegriffe der Schicksalsanalyse. Sie weisen aber u. E. auch auf die allgemeinen Zustände der Lebensprozesse hin. *Alle Lebensvorgänge, bei denen die Freiläufigkeit fehlt, sind «vegetative» oder «reflektorische», nicht aber «psychische» Vorgänge.* Die Lebensfunktionen der Organe (Herz, Magen, Darm, Lunge, Blase usw.) tragen primär die Natur des unfreien «Vegetativen». Sie können aber unter Umständen neben der somatischen auch eine «psychische Note» erlangen, wenn nämlich der Träger dieser Organe sie aus ihrem zwangsläufigen vegetativ-dunklen Hintergrund zu «befreien» und ins Bewußtsein zu heben, für die Beobachtung *freizulegen* versucht. Dies verursachte ja die Einführung der «Psychosomatik» in die Medizin.

Die Psychoanalyse führte bekanntlich das Lust- und das Realitätsprinzip als die zwei leitenden Motive der tiefenpsychologischen Betrachtung ein. Beide werden auch von der Scha aufgenommen. Sie mußten aber durch die Bestimmung des Wesens des Psychischen als *Freiheit* und durch die Einführung der die Freiheit verteilenden Pontifex-Funktion des Ichs für weitere zwei Leitprinzipien in der Tiefenpsychologie Platz einräumen. Diese sind: das *Freiheitsprinzip* und das *Humanisierungsprinzip*. Gestützt auf diese vier Grundprinzipien stellt also die Scha bei jedwelcher Handlung folgende vier Fragen:

Erstens: Ist die Handlung ökonomisch? Bringt sie in der Tat mehr Lust als Unlust? (*Lustprinzip* nach FREUD).

Zweitens: Ist sie real, d. h. kann das Ich diese Handlung bejahen und verwirklichen? (*Realitätsprinzip* nach FREUD).

Drittens: Ist die Handlung die Folge einer freien Wahl oder die eines dunklen Zwanges? (*Freiheitsprinzip*).

Viertens: Ist die Handlung menschlich oder unmenschlich? (*Humanisierungsprinzip*).

Ein Tiefenpsychologe, der in der analytischen Tätigkeit nur eine dieser Fragen bzw. Prinzipien vernachlässigt, wird niemals die integrierte Psyche und das globale Schicksal seiner Patienten richtig erfassen und lenken können.

Nun stellt sich vorderhand die Aufgabe, das *Freiheitsprinzip* des Psychischen näher zu erörtern. Um dies zu können, müssen wir teils auf die ältere, teils auf die neuzeitliche Philosophie zurückgreifen und zuvor das *Wesen der Tiefe* in der Tiefenpsychologie einer Prüfung unterwerfen.

Was ist der Grund der Tiefenpsychologie?

Das Wort «Grund» bedeutet in der alt- und mittelhochdeutschen Sprache in der Form «grunt»: *die tiefste Stelle*. Es trägt den Doppelsinn: «Tiefe» und «Ende» (GRIMM). Die Mystik prägte das Wort zu «Ungrund» und «Urgrund» um. Diese Vertiefung des Begriffes «Grund» finden wir bei dem Naturphilosophen FRIEDRICH WILHELM VON SCHELLING wieder, und zwar in seiner Arbeit: «*Philosophische Untersuchungen über das Wesen der menschlichen Freiheit und die damit zusammenhängenden Gegenstände*» (1809)¹.

Die Naturphilosophie SCHELLINGS übernimmt die alte Unterscheidung von den zwei Arten des Wesens. SCHELLING spricht erstens «*vom Wesen, sofern es Grund ist*», zweitens «*vom Wesen inwiefern es existiert*»². Er kommt zu folgendem Schluß: «Es muß vor allem Grund und vor allem Existierenden, also überhaupt vor aller Dualität, ein Wesen sein; wie können wir es anders nennen, als den *Ungrund*? Da es allen Gegensätzen vorausgeht, können diese in ihm nicht unterscheidbar noch auf irgendeine Weise vorhanden sein»³.

In diesem Ungrund verschwinden also – nach SCHELLING – alle Gegensätze; hier herrscht auch keine Identität der beiden Teile eines Gegensatzpaares, sondern nur die «*absolute Indifferenz*», also das «*Weder-Noch*».

SCHELLING behauptet: Wäre kein Ungrund, keine absolute Indifferenz, so gäbe es keine Zweiheit, keine Dualität der Prinzipien⁴. So kommt er zu dem Satz: «*Das Wesen des Grundes, wie das des Existierenden, kann nur das vor allem Grunde Vorhergehende sein, also das schlechthin betrachtete Absolute, der Ungrund*»⁵.

Die für uns wichtigste Behauptung SCHELLINGS lautet: *Der Ungrund ist die absolute Freiheit*⁶. Er schreibt: «Überhaupt erst der Idealismus hat die Lehre von der Freiheit in dasjenige Gebiet erhoben, wo sie allein verständlich ist. Das intel-

¹ SCHELLING, F. W. J.: Sämtliche Werke, Bd. VII. S. 331ff. I. G. Cotta'scher Verlag, Stuttgart und Augsburg, 1860.

² SCHELLING, F. W. J.: Ebenda: S. 406.

³ Ebenda: S. 406.

⁴ Ebenda: S. 407.

⁵ Ebenda: S. 407–408.

⁶ Ebenda: S. 382.

ligible Wesen jedes Dings, und vorzüglich des Menschen, ist diesem zufolge *außer allem Kausalzusammenhang, wie außer oder über aller Zeit*¹.»

*

Hier sind wir nun an dem Punkt unserer Erörterungen angelangt, von dem aus wir uns der «Tiefe» des Grundes, dem Ungrund des *Ubw*, nähern können.

Bekanntlich hat ja S. FREUD vom *Wesen des Ubw* folgende urgründige Kennzeichen hervorgehoben:

1. *Das Ubw kennt keinen Widerspruch, keine Negation, keinen Zweifel, keine Gegensätzlichkeiten.* Gegensatzpaare werden erst im System des Bewußtseins gesetzt. Im *Ubw* hingegen werden Gegensätze – so wie in den Urworten mit Gegensinn² – zu einer Einheit zusammengezogen oder in *einem* dargestellt. Darum vernachlässigt der Traum – sagt FREUD – schlechtweg die Kategorie des Gegensatzes und des Widerspruches. 2. Im *Ubw* fehlt auch der Kausalzusammenhang. 3. *Die Besetzungsenergie, d. h. die Libido, ist im Ubw frei beweglich.* Daher die Möglichkeit der Verschiebung und Verdichtung (Primärvorgang). 4. Im *Ubw* herrscht die Zeitlosigkeit. Zeit wird erst im Bewußtsein gesetzt. 5. Im *Ubw* waltet das Lustprinzip.

Wir fragen: Wie ist es aber möglich, alle diese von S. FREUD hervorgehobenen Erscheinungsweisen des *Ubw* auf *ein einziges* Grundprinzip, eben auf den Urgrund, zurückzuführen? Wir antworten: *Am Anfang herrscht im Ubw das Grundprinzip der absoluten Freiheit.*

Der Urgrund des Ubw ist die absolute Freiheit.

Und weil die Freiheit der Urgrund des *Ubw* ist, kennt das *Ubw* noch keine Gegensätze, keinen Widerspruch, keine Zeit, und *darum bewegt sich die Libido im Ubw noch frei.* Aus dem Urgrund der Freiheit des *Ubw* wird auch die in der Psychoanalyse so gewichtige Tendenz aller unbewußten Regungen und Vorstellungen verständlich, ja sogar notwendig, nämlich: *der Drang aller unbewußten Regungen und Vorstellungen aus dem Ubw in das Bewußtsein zu übersteigen, zu transzendieren.*

Dieses Transzendieren des *Ubw* in das Bewußtsein heißt gleichfalls *Überstieg des Ubw in die Welt. Das Transzendierenkönnen unbewußter Inhalte ist eine unumgängliche Folge der Freiheit als Urgrund des Ubw.*

Diese letzte tiefenpsychologische Konklusion deckt sich auf der *philosophischen* Ebene mit der allgemeinen Behauptung der Daseinsphilosophie. In der Arbeit «Vom Wesen des Grundes» schreibt MARTIN HEIDEGGER 1929: «*Der Überstieg zur Welt ist die Freiheit selbst.*» – «*Freiheit allein kann dem Dasein eine Welt walten und welten lassen*³.» «Die Freiheit als Transzendenz ist jedoch nicht nur eine eigene ‚Art‘ von Grund, sondern *der Ursprung von Grund überhaupt. Freiheit ist Freiheit zum Grunde*⁴.» Und somit gelangt MARTIN HEIDEGGER zu seiner letzten Formulierung vom Wesen des Grundes: «*Das Wesen der Endlichkeit des Daseins enthüllt sich aber in der Transzendenz als Freiheit zum Grunde*⁵.»

*

¹ Ebenda: S. 383.

² ABELI, K.: a) Über Gegensinn und Gegenlaut. M. Diesterweg, Frankfurt, 1905.

b) Sprachwissenschaftliche Abhandlung. W. Friedrich, Leipzig, 1885.

³ HEIDEGGER, M.: Vom Wesen des Grundes. V. Klostermann, Frankfurt a. M. III. Aufl., S. 40.

⁴ Ebenda: S. 41.

⁵ Ebenda: S. 50.

In seinem bereits zitierten Eranos-Vortrag «Der Geist der Psychologie» gelangte C. G. JUNG am nächsten an das Freiheitsprinzip des Psychischen. Dort äußerte er die Meinung, daß das Psychische als Qualität mit der «Emanzipation der Funktionen aus der Instinktform und deren Zwangsläufigkeit» entstehe. Er sagt: «Was ich als eigentliche Psyche bezeichnen möchte, reicht so weit, als Funktionen durch einen Willen beeinflußt werden . . .» «Von dieser Seite betrachtet, ist Psyche wesentlich Konflikt zwischen blindem Trieb und Willen bzw. Wahlfreiheit¹.»

Daß das Wesen des Psychischen in der «Emanzipation» der Funktionen aus der «Zwangsläufigkeit» bestehe, deckt sich mit unserer Annahme eines Freiheitsprinzips als Grund des Psychischen. Hingegen erachten wir die Aussage C. G. JUNGS – die sich ja völlig mit der von FREUD deckt – für unrichtig, daß nämlich das Wesen des Psychischen als ein Konflikt zwischen blindem Trieb und Willen aufzufassen wäre. Denn sowohl der Trieb wie der Wille haben und tragen die zwei Schicksalsformen von Zwang und Freiheit. Die Schicksalsanalyse hegt die Meinung, daß über dem Trieb und über dem Willen eine überbrückende, die Freiheit zwischen den «Instanzen» (Trieb und Wille) verteilende höhere Instanz steht, nämlich das Pontifex-Ich.

Vom Wesen der «Tiefe» der Tiefenpsychologie als Grund haben wir nun – in Anlehnung an SCHELLING und HEIDEGGER – folgende Theorie entwickelt:

1. Der Urgrund der Tiefenpsychologie – als der Lehre von dem seelisch Unbewußten – ist die Freiheit.

2. Aus der absoluten Freiheit des *Ubw* kann man den Drang unbewußter Reaktionen und Vorstellungen zum Übersteigen, zum Transzendieren in das Bewußtsein und von dort aus in die Welt ableiten.

3. Frei ist das *Ubw*, wenn seine Inhalte ohne Schranken im Bewußtsein und durch Vermittlung des Pontifex-Ichs in der Welt frei erscheinen können.

Am Anfang, d. h. im Zustand der *undifferenzierten* «Es-Ich-Matrix», verfügt das *Ubw* noch allein über die absolute Freiheit. Mit der Differenzierung des Ichs, Über-Ichs und Pontifex-Ichs wird die absolute Freiheit – d. i. auch die Allmacht des *Ubw* – allmählich eingeschränkt. Bestimmte Wirkungselemente (Triebrengungen), welche bereits kraft ihres Freiheitsschicksals in das Bewußtsein eingedrungen sind, werden – im Sinne der Psychoanalyse – ihrer Freiheit beraubt und vom Ich-Überich-System wieder in das *Ubw* versetzt, d. h. *verdrängt*. Ein Großteil der unbewußten Wirkungsenergien und Erbfunktionen bleiben lebenslang im *Ubw*. *Das wache Ich erlangt immer mehr Freiheit, und mit seiner Freiheit zum Sein und Haben beherrscht es die Motilität zur Welt und beschränkt somit die Urfreiheit des Ubw*. Im Laufe der Entwicklung wird im Ich eine neue Stufe, das Über-Ich, aufgerichtet, das das Gewissen, die Ethik, die Moral repräsentiert. *Dieses Über-Ich usurpiert nun mit der Zeit das Gros der Freiheit, und somit wird das Freiheitsgebiet sowohl für das wache Ich, wie im besonderen für das Ubw, immer mehr eingeengt. Es entsteht ein innerer, unsichtbarer Kampf zwischen Es, Ich und Über-Ich um die absolute Freiheit, um die Allmacht. Die ausgleichende Harmonie verdankt aber das Psychische dem Pontifex-Ich, das die Freiheit und die Macht verteilt, die Transzendenz, die Integration und die Partizipation im Schicksal des Einzelnen bedingt.*

Was sind die Folgen des Freiheitsprinzips im Psychischen für die tiefenpsychologische Praxis?

¹ JUNG, C. G.: Eranos Jahrbuch, Bd. XIX. 1946, S. 427.

VII. Das Prinzip der Freiwerdung im Seelischen

In der Geschichte der Psychotherapie gibt es keine Richtung, die so zielbewußt auf die Befreiung der Seele und Freiwerdung des Menschen von allen hemmenden und verdrängenden, von allen bezwingenden und zerstörenden Gegenströmungen hinstrebt, wie die Psychoanalyse.

Um so erstaunlicher ist, daß sich S. FREUD fast kaum mit der Freiheitsfrage im Rahmen des seelischen Apparates beschäftigte. Wir fanden bisher in den gesammelten Werken FREUDS im besonderen zwei Stellen, wo er von Freiheit des Psychischen spricht. Die erste befindet sich in dem unvollendeten «Abriß der Psychoanalyse», 1938. Hier lesen wir: «Da das wache Ich die Motilität beherrscht, wird diese Funktion im Schlafzustand gelähmt, und damit wird ein guter Teil der Hemmungen, die dem unbewußten Es auferlegt waren, überflüssig. Die Einziehung oder Herabsetzung dieser ‚Gegenbesetzungen‘ erlaubt nun dem Es ein jetzt unschädliches Maß von Freiheit¹.» Hier spricht somit FREUD von der *Freiheit des Es im Schlafzustand*.

Die wirkliche Ursache, warum sich FREUD so wenig mit dem Freiheitsprinzip des Ubw und des Ichs beschäftigte, wird 1924 im ersten Abriß, genannt «Kurzer Abriß der Psychoanalyse», erhellt, wo er über die *Methode der freien Assoziation* folgende paradoxe Behauptung aufstellt:

«Die Wahl der freien Assoziation als Hilfsmittel zur Erforschung des vergessenen Unbewußten erscheint so befremdend, daß ein Wort zu ihrer Rechtfertigung nicht überflüssig wird. FREUD» – so schreibt er von sich selber in diesem Artikel für die Encyclopaedia Britannica, London – «wurde dabei von der Erwartung geleitet, daß sich die sogenannte freie Assoziation in Wirklichkeit als unfrei erweisen werde, indem nach der Unterdrückung aller bewußten Denkabsichten eine *Determinierung* der Einfälle durch das unbewußte Material zum Vorschein käme. Diese Erwartung ist durch die Erfahrung gerechtfertigt worden².»

Wir wagen die Vermutung, daß S. FREUD so stark im Banne des Determinierungsprinzips im Seelischen stand, daß er das Prinzip der Freiheit vernachlässigen mußte. Wir stehen aber auf dem Standpunkt, daß im Seelischen, ja sogar im ganzen Schicksal des Einzelnen, neben der Determinierung, d. i. das «Zwangsschicksal», das *Freiheitsprinzip*, d. i. das «freie Ich- oder Wahlschicksal», eine ausschlaggebende Rolle spielt, im besonderen im Prozeß der Sozialisierung und Humanisierung. Darum gewinnt das Freiheitsprinzip mit den Jahren einen sich stets ausdehnenden Wirkungsraum in der Schicksalsanalyse – und durch sie in der Tiefenpsychologie und in der Psychotherapie überhaupt.

Im Rahmen dieser Einführung kann ich vorderhand nur die Leitprinzipien schematisch darstellen, wie man die Idee der Freiheit in der analytischen Tätigkeit anzuwenden vermag.

Die *erste These* lautet:

Im Seelischen streben die drei führenden freudschen «Instanzen»: 1. das Unbewußte, 2. das Ich und 3. das Über-Ich, synchron nach absoluter Freiheit.

Das Ubw versucht das Ich, das Ich das Ubw und das Über-Ich sowohl das Ich wie das Ubw zu unterdrücken, um allein absolut frei zu werden. Je nachdem, welche «Instanz»

¹ FREUD, S.: Ges. Werke, Bd. XVII. Imago Pub. Co. Ltd. London, 1941, S. 88f (von mir gesperrt).

² FREUD, S.: Kurzer Abriß der Psychoanalyse. Ges. Schr. XI, S. 187.

zum Unterdrücker der anderen wird, d. h. ihre absolute Freiheit gegenüber den anderen «Instanzen» allein durchsetzt, verändert sich das klinische Bild.

In der *Psychose* gelingt es dem *Ubw*, das Ich zu besiegen und mit seiner absoluten Freiheit in die Welt zu transzendieren. So «waltet und weltet» das *Ubw* durch den Überstieg seiner Inhalte zur Welt, die es aber zu *einer autoplastischen Trugwelt umbaut*.

In der *Neurose* hingegen unterdrückt das Über-Ich zuerst das Ich, und danach strebt das Ich, die Freiheit des *Ubw* auf dem Wege der *Verdrängung, Hemmung oder Entfremdung maximal einzuschränken*. Bei der Neurose waltet somit die *Freiheit des Über-Ichs* über das Ich und das Es.

In der *Psychopathie* sind die Freiheitsverhältnisse polar entgegengesetzt. *Hier erlangt das Ich seine absolute Freiheit*, nachdem es sich sowohl von der Unterdrückung des Über-Ichs wie auch von der Transzendenz des *Ubw*, d. h. von der Trugwelt des Wahns, freigemacht hat. In der Psychopathie kann das absolut freie Ich alles machen, was es will (Kriminalität, Haltlosigkeit usw.).

In der Entstehung der verschiedenen klinischen Bilder führt somit *das Prinzip der Freiheit* zum gleichen Resultat wie das der Determinierung FREUDS.

Erst die *zweite* These deckt die Vorteile des Freiheitsprinzips dem Therapeuten auf. Sie lautet:

Der Psychotherapeut muß die schwere Aufgabe übernehmen, im Seelischen seines Patienten die Freiheit unter den drei Instanzen so zu verteilen, daß weder das Es noch das Ich und das Über-Ich zu kurz kommen. Er muß also die Freiheit der Funktionsverbände relativieren und somit die fehlende Tätigkeit des Pontifex-Ichs übernehmen.

Diese Verteilung und Relativierung der Freiheit im Psychischen kann der Therapeut nur dann richtig und gerecht durchführen, wenn er – für sich selber – über die Freiheit den richtigen Begriff schon gesetzt hat.

Freiheit ist ein Urzustand, welcher über der Gegensätzlichkeit der Schicksale von Zwang und Haltlosigkeit steht. Im realen Begriff der Freiheit müssen aber die Keime des künftig möglichen Gegensatzes von Zwang und Haltlosigkeit in nuce enthalten sein, und zwar so, daß wir an Stelle des Zwanges die vom Pontifex-Ich *freigewählten Schranken* über sein Tun und Lassen setzen und an Stelle der Haltlosigkeit die *Freiheitlichkeit*, also den *Liberalisierungsdrang* der Psyche gegen den Zwang. So kamen wir zur *Definition der «relativen Freiheit»*.

Freiheit ist das Schicksal eines Menschen, der seine Existenzform unter den mitgebrachten mannigfaltigen Existenzmöglichkeiten frei wählt und aus den Schranken, die er sich selbst gesetzt hat, niemals einen Zwang und aus der Zwangslosigkeit niemals eine Haltlosigkeit machen wird.

In der Praxis heißt die Relativierung der Freiheit: die gleichzeitige Liberalisierung des Es, des Ichs und des Über-Ichs, und zwar auf dem Wege der harmonischen Verteilung der Freiheit unter den drei führenden Funktionsverbänden des Seelischen.

FREUD hat die Zielsetzung der Psychoanalyse in dem Satz formuliert: «*Wo Es war, soll Ich werden*¹.»

Wir nehmen diese Zielsetzung an, da sie im Lichte des Freiheitsprinzips bedeutet: *Wir müssen dem Es die Freiheit geben, in das Ich zu transzendieren*. FREUDS

¹ FREUD, S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Schr., Bd. XII, S. 234.

Zielsetzung ist aber nur *eine partielle*. Für die Ganzheit der Tiefenpsychologie bedeutet sie eine Einschränkung des Endzieles. *Die Ganzheit der Tiefenpsychologie muß die Freiheit im ganzen Gebiet des Seelischen herstellen*. Darum müssen wir den Satz FREUDS «Wo Es war, soll Ich werden» im Sinne der Relativierung der Freiheit so formulieren:

Wo im Seelischen Unterdrückung herrscht, soll Freiheit walten; Es, Ich und Über-Ich müssen gleichzeitig relativ frei werden.

Der tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeut muß demnach *gleichzeitig Trieb-(Es-)Analyse, Ich-Analyse und Über-Ich-*, d. h. für die *Scha Glaubensfunktionsanalyse*, treiben, um dem Menschen als Träger eines menschlichen Schicksals zur Menschwerdung, zur Humanisierung zu helfen.

Der Grund der Tiefenpsychologie und ihrer Therapie ist: Die Liberalisierung des Einzelnen und die Humanisierung der Menschen im allgemeinen.

*

Der Ausblick für die tiefenpsychologische Therapie wird somit durch folgende Arbeitshypothesen ermöglicht:

1. Das Wesen des Psychischen ist der Drang seiner Kräfte nach Freiheit.
2. Die psychische Freiheit manifestiert sich im Überstieg, in der Transzendenz, vom Zustand der vegetativen Zwangsläufigkeit zu dem der Freiläufigkeit. *Die Freiheit im Sein und Haben in der Welt sind die wichtigsten Manifestationen des Psychischen.*
3. Unbewußt und bewußt (bzw. vorbewußt) sind keine primordialen Qualitäten des Psychischen, sondern nur Anzeichen der Stationen oder Zustände, bei denen es auf seinem Weg zur Freiwerdung aktuell steht.
4. Es, Ich und Über-Ich sind keine «topischen Räumlichkeiten» eines supponierten psychischen Apparates, sondern *Funktionsverbände*, und zwar einerseits von ererbten familiären und kollektiven Funktionen, andererseits von persönlich erworbenen Wahrnehmungen und Erlebnissen. Es und Über-Ich repräsentieren die Funktionsverbände der familiären und persönlichen Vergangenheit. Das Ich ist durch seine Abwehr- und Schutzmechanismen, durch seine Tendenz zu besonderen Ichspaltungen einerseits der Repräsentant der familiären, ererbten Verhaltensarten der Ahnen im familiären Ubw, andererseits aber der Träger des Selbsterlebten und Akzidentellen. An einen speziellen psychischen Apparat mit räumlichen Ausdehnungen, wie ihn S. FREUD topographisch entworfen hat, glauben wir nicht. Unseres Erachtens besteht «die Topik des Psychischen» einerseits *in den Genen der Zellkerne*, wohin das kollektive und familiäre Ubw, die familiären Abwehrmechanismen und Spaltungsbereitschaften des unbewußten Ichs und das archaische Erbteil des Über-Ichs als *Anlagen zu besonderen Funktionen* lokalisiert werden; andererseits *in den Zellen der Hirnrinde*, wo die persönlichen Wahrnehmungen, Erlebnisse aufbewahrt werden. *Das Wesen des Psychischen, also die Freiheit als Transzendenz, hat keine Topik*. Denn sie ist der Urgrund eines Vorganges, den wir eben das «Psychische» nennen. Betrachtet man das Psychische nicht als einen Apparat mit räumlicher Ausdehnung, sondern als einen Prozeß zur Freiwerdung, so sind die sogenannten Qualitäten unbewußt, bewußt (bzw. vorbewußt) zständige Schicksalsformen der nämlichen Ahnen-Existenzen. Diese erlangen aber erst dann die Natur des Psychischen, wenn sie aus der Zwangsläufigkeit, d. h.

aus dem dunklen «Vegetativen», in die Freiläufigkeit des Freiheitsschicksals zu übersteigen beginnen.

Zwangsschicksal ist somit der Zustand, in dem 1. *das kollektive und familiäre Erbe*, 2. *die vegetativ dunkle Triebnatur*, 3. *die soziale Lage, in die der Mensch zwangsläufig hineingeboren ist*, 4. *die weltanschauliche Denkart, die durch die familiären und sozialen Traditionen dem Nachkommen aufgezwungen werden, über den immerfort daseienden Freiheitsdrang dominieren*.

Freiheitsschicksal oder *Wablschicksal* ist der Zustand, in dem das Pontifex-Ich die Lenkung seiner Energien und Funktionen selbst übernimmt und die Freiheit zwischen Es, Ich und Über-Ich so zu verteilen vermag, daß sich zwischen der Zwangsläufigkeit des dunklen Vegetativen und der Freiläufigkeit des Psychischen ein harmonisches Gleichgewicht einstellt. Es herrscht fortan die durch das alle Gegensätze überbrückende Ich geschaffene relativierte Freiheit.

Wie hängen demnach Psyche und Schicksal zusammen? Die Antwort lautet: *Das Psychische ist der Vorgang der Freiwerdung selbst; das Schicksal zeigt die Stationen der ererbten Existenzformen auf dem Freiheitsweg des Psychischen an*.

Mit einer Metapher könnte man sagen: Die Psyche ist ein Eisenbahnzug, der aus dem dunklen Tunnel des zwangsläufigen Vegetativen in der Richtung der Endstation «Freiheit» fährt. Das Schicksal gibt die Stationen der ererbten Existenzformen an, die die Psyche auf ihrem Weg zur Freiheit passieren muß, und auch die, an denen sie stehengeblieben ist. Und weil die Psyche mehrere Existenzstationen passieren muß, bis sie ihre Freiheit erlangt, müssen wir mehrere Schicksalsformen des Psychischen annehmen. Erbschicksal und Triebchicksal sind – im Sinne der Metapher – diejenigen Stationen der Existenz, wo die Psyche bei den Psychosen, Psychopathien und teils auch bei den sogenannten Erbneurosen zwangsläufig stehenblieb. Sozial- und Mentalschicksale sind die Daseinsstationen, wo die Psyche sich bei den sogenannten Erziehungsschäden und den Charakterneurosen zu lange aufhält.

Das Ziel jeglicher Psychotherapie ist *das Erlangen der Station des Pontifex-Ichs*. Denn nur diese Existenzform hat durch die Freiheit die direkte Verbindung zum Geist.

Die Schicksalsanalyse als Therapie ist diejenige integrierte Form der Psychotherapie, die den seelisch kranken Menschen vom Zwangsschicksal seines Erbes, seiner infantil fixierten Triebnatur, seiner krankmachenden sozialen und mentalen Umwelt, d. h. von seiner ererbten und erworbenen *existenziellen Vergangenheit*, freizumachen versucht. Diese Befreiung kann aber nur durch den analytischen Aufbau eines Pontifex-Ichs geschehen. Denn dieses Ich allein vermag – durch seine direkte Verbindung zum Geist – die Gegensätze Zwang und Freiheit zu überbrücken und den Menschen die relativierte Freiheit zu geben.

WIRKLICHKEIT UND MÖGLICHKEIT

I. Aufklärung und Psychoanalyse

Ob man es offen zugibt oder heimlich verneint, bleibt die Behauptung immerfort wahr, daß jede Art von Psychotherapie von derjenigen Weltanschauung geprägt wird, die zur Zeit ihrer Entstehung geltend war.

Jedes Zeitalter hat seine seelisch kranken Menschen mit seiner eigenen Denkbrille angeschaut und nach seiner eigenen Façon behandelt. Vom Aspekt der Geschichte der Psychiatrie aus gesehen war jede Art der Psychotherapie fest an das Zeitalter gebunden, von dem sie herstammte, und eben deshalb ephemeral¹. Damit muß man sich nolens-volens abfinden. Dieser Tatbestand spricht trotzdem nicht gegen eine Entwicklungsmöglichkeit. Die psychiatrische Wissenschaft mußte stets – mehr als alle anderen – darauf achten, daß die Denkinstrumente, welche ihr von ihrem Zeitalter zur Schau und Anschauung des Menschen und der Welt zur Verfügung gestellt werden, ihre eigene Entwicklung fördere. Sonst wäre ja jede wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiete der Psychiatrie längst illusorisch geworden.

Nach Auffassung mancher Kulturhistoriker soll die Denkweise der Psychoanalyse von der der Aufklärung merklich beeinflußt worden sein.

In seinem Aufsatz «Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?» bestimmt KANT die Aufklärung mit folgenden Worten: «Aufklärung ist der ‚Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit.‘ Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. *Selbstverschuldet* ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. *Sapere aude!* Habe Mut, *dich* deines *eigenen* Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung . . . Zu dieser Aufklärung aber wird nichts erfordert als Freiheit, und zwar die unschädlichste unter allen, was nur Freiheit heißen mag, nämlich die, von seiner Vernunft in allen Stücken *öffentlichen Gebrauch* machen².»

Übersetzt man nun diese Formulierung KANTS in die Sprache FREUDS, dann heißt Unmündigkeit so viel wie «infantile Fixierung», Selbstverschuldung: das Schuld- und Strafbedürfnis des Neurotikers. Der Satz: «Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen», heißt in der Psychoanalyse, daß der Analysierte ohne Leitung des Analytikers unfähig ist, sich seines Verstandes in seinen Entschlußakten zu bedienen. Sich seines Verstandes zu bedienen, ist FREUDS Realitätsprinzip. Die Rolle der Freiheit ist bei beiden die nämliche. Es fällt somit nicht schwer, zwischen der Denkweise der Aufklärung und der der Psychoanalyse eine tiefliegende Verwandtschaft aufzudecken. Denn: Die Psychoanalyse als Therapie bezweckt in der Tat das Heraus-

¹ Vgl. hierzu: LEIBBRAND, W. und WETTLEY, A.: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. K. Alber. Sammlung Orbis. 1960. Freiburg-München.

² KANT, E.: Berlinische Monatsschrift, 1784.

gehen des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Auch der Rat des Analytikers, der Analytierte solle nur Mut fassen und seine Infantilität und sein Schuld- und Strafbedürfnis offen einsehen, ähnelt sehr dem Wahlspruch der Aufklärung: «Sapere aude!»

Die psychoanalytische Denkweise kann erst dann richtig erfaßt werden, wenn man bei HEGEL die Eigenschaften der Denkungsart der Aufklärung näher studiert. In seiner Arbeit «Phänomenologie des Geistes» hat HEGEL vom Aspekt der «reinen Einsicht» her die Denkweise der Aufklärung charakterisiert. Aufklärung ist nach HEGEL «die Verbreitung der reinen Einsicht». Er schreibt: «Die reine Einsicht ist das sich selbst *erfassende* Selbst; . . . sie faßt nichts als das Selbst, und alles als das Selbst auf, d. h. sie *begreift* alles, tilgt alle Gegenständlichkeit und verwandelt alles *Ansichsein* in ein *Fürsichsein*. Gegen den Glauben als das fremde, jenseits liegende Reich des *Wesens* gekehrt, ist sie die *Aufklärung*¹.» . . . «Der eigentümliche Gegenstand, gegen welchen die reine Einsicht die Kraft des Begriffes richtet, ist der Glaube als die ihr in demselben Elemente gegenüberstehende Form des reinen Bewußtseins².» HEGEL schreibt weiter: «Dieses *Reich* des Glaubens aber sahen wir nur im Elemente des Denkens seinen Inhalt ohne den Begriff entfalten und es darum in seinem Schicksale, nämlich in der *Religion* der *Aufklärung* untergehen³.» Diese «Religion der Aufklärung» heißt Atheismus. Die weiteren Eigenschaften der Denkart der Aufklärung nach HEGEL werden von seinem Herausgeber, JOHANNES HOFFMEISTER, im folgenden zusammengefaßt. Formale Eigenschaften: «Rationale Klarheit ohne metaphysische Tiefe, kritische Schärfe ohne Ehrfurcht vor den Mächten, Geheimnissen und verpflichtenden Bindungen des Lebens, empirische Breite ohne umgreifende Prinzipien des Wissens, Forschens und Darstellens.» Inhaltliche Eigenschaften der Aufklärung: «Die Lehre von der Vernunft als der Fähigkeit, die den Menschen zum Menschen mache und die ihn zum logisch richtigen Denken wie zum sittlich guten Handeln befähige (Rationalismus), der Glaube daran, daß der Mensch von Natur nicht nur vernünftig, sondern auch gut sei, woraus sich der Glaube an die Möglichkeit eines beständigen Fortschritts des einzelnen wie der Gesellschaft zum Besseren, Vollkommeneren, ergibt (Optimismus, Eudämonismus), die Forderung der Toleranz, der Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz (Naturrecht) und der Freiheit des einzelnen in bezug auf Standes- und Staatszugehörigkeit. Aus diesen Grundsätzen folgte in bezug auf die *Religion* nicht nur die Abwertung des Autoritätsglaubens wie des sogenannten Aberglaubens des ‚finsteren‘ Mittelalters zugunsten eines ‚natürlichen‘, ungeschichtlichen Vernunftglaubens (Deismus), sondern auch die Zerstörung religiöser Inhaltlichkeit überhaupt (Atheismus). . .» J. HOFFMEISTER schließt die Aufzählung der hegelschen Darstellung der Aufklärung mit der Behauptung: «Man hat deshalb nicht mit Unrecht die Aufklärung für den Materialismus und Liberalismus des 19. Jahrhunderts mitverantwortlich gemacht⁴.» Die Zeit der Aufklärung ist historisch abgelaufen. Die Kritik aber, die sie einst in der Philosophie HEGELS fand, wird heute gegen die Psychoanalyse

¹ HEGEL, G. W. F.: Phänomenologie des Geistes. HEGELS sämtliche Werke. Neue kritische Ausgabe. Bd. V. Verlag von F. Meiner in Hamburg. Hg. von Johannes Hoffmeister, 1952, S. 349.

² Ebenda: S. 383.

³ Ebenda: S. 474.

⁴ HOFFMEISTER, J.: Wörterbuch der philosophischen Begriffe. F. Meiner, Leipzig, 1944, S. 116f.

gerichtet, die man als ihren Rest erachtet. Dennoch steht u. E. die Tatsache fest, daß die Psychologie ohne S. FREUD genau so grau wäre wie die Philosophie ohne VOLTAIRE.

II. Denkweisen in der Psychopathologie der Gegenwart: *Kausalität, Finalität, Intentionalität und existenzielle Possibilität*

Der einfachste Weg zum Erkennen der besonderen Denkweise einer psychologischen oder psychiatrischen Richtung ist der, daß man prüft, wie sie die Wirklichkeit im Prozeß des Krankwerdens aufbaut.

Die Psychoanalyse stellt *die Verdrängung* ins Zentrum der Wirklichkeit des seelisch Krankwerdens. Sie baut die neurotische Symptomwelt aus dem Verdrängungsprozeß auf; die Uniform der Verdrängung bedingt die Uniform der ganzen realen Wirklichkeit des Neurotikers. Das leitende Prinzip im Denken der Psychoanalyse ist *die Kausalität*.

Die analytische Psychologie C. G. JUNGS stellt hingegen die *symbolische Wahrheit*, d. h. die *Bildwelt der Archetypen*, ins Zentrum der seelischen Wirklichkeit. Symbolbildung ist so viel wie Energieumsatz, Libidowandlung, und zwar Wandlung der Libido zur Magie, zur Bildung von religiösen Ideen, zu Riten und Zeremonien, zur Mythologiebildung und zum Geist. Die jungsche seelische Wirklichkeit baut sich nicht aus dem Verdrängungsprozeß auf, sondern im besonderen aus der Wandlung der Libido zum gesunden und kranken Geist¹. Die Denkweise der analytischen Psychologie ist *die Finalität*.

Die sonderbarste Stellungnahme zur Wirklichkeit finden wir in der Daseinsanalyse L. BINSWANGERS: Es ist die «Einklammerung», die «Außer-Aktion-Setzung» der realen, dinglichen Wirklichkeit und der Aufbau einer «absoluten Seinsregion», einer «absoluten transzendentalen Subjektivitätsregion» im Sinne von E. HUSSERL². L. BINSWANGER versuchte, diese Schauart sowohl bei der Schizophrenie wie auch bei der Melancholie und Manie anzuwenden³.

Da der reale Boden des Seins und Soseins der Wirklichkeit völlig ausgeschaltet wird, kann man in der Daseinsanalyse von «Einklammerung» bzw. von «Abschaffung der realen Wirklichkeit» sprechen. Dabei wird HUSSERLS Lehre über die *«Intentionalität»* beim Verstehen des Symptoms angewendet.

Die Schicksalsanalyse schafft die reale Wirklichkeit nicht ab. Sie nimmt aber auch nicht die Verdrängungsuniform der seelischen Wirklichkeit in der Psychoanalyse restlos an. Sie bedient sich in Fällen hereditären Ursprungs insbesondere der Methode der *«Auflösung der realen Wirklichkeit in ihre Existenzmöglichkeiten»* mittels der Wahlfreiheit der Person. Somit wird *die gemisch bedingte «existenzielle Possibilität»* ihre Denkweise.

¹ JUNG, C. G.: Symbole der Wandlung. Rascher, Zürich, IV. Aufl., 1952.

Vgl. hierzu: SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 62–67.

² HUSSERL, E.: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch. Hg. von WALTER BIEMEL. Husserliana III. M. Nijhoff, Haag 1950.

Vgl. dazu: Ich-Analyse, S. 405–440.

³ BINSWANGER, L.: Schizophrenie, 1957; Melancholie und Manie. Beide im Verlag Neske, Pfullingen, 1960. Vgl. hierzu Kapitel I dieses Buches.

III. Die Anwendung der verschiedenen Denkweisen am Beispiel der Melancholie

Die vier Denkart: 1. die *Kausalität* der Psychoanalyse, 2. die *Finalität* der analytischen Psychologie, 3. die *Intentionalität* und die transzendente Phänomenologie, 4. die existenzielle *Possibilität* in der Schicksalsanalyse, d. h. Auflösung der Wirklichkeit in ihre Existenzmöglichkeiten und die Wahlfreiheit unter den genetisch bedingten Existenzmöglichkeiten, versuchen alle, auf ihren eigenen Denkwegen die Aufbauelemente der psychopathologischen Wirklichkeit aufzufinden. Um diese Bemühungen wirklich zu erleben, stellen wir den Aufbau der psychiatrischen Wirklichkeit der Melancholie in den vier Denkrichtungen dar. (S. Tab. 1.)

I. Der *Kausalitätsweg* der Psychoanalyse baute die besondere Art des Krankwerdens der Seele bei der Melancholie aus folgenden Kausalzusammenhängen der

Tab. 1

	Aufbau der Wirklichkeit in der Melancholie nach der			
	I. <i>Psychoanalyse</i>	II. <i>Analytische Psychologie</i>	III. <i>Daseinsanalyse</i>	IV. <i>Schicksalsanalyse</i>
<i>Denkrichtung:</i>	<i>Kausalität</i>	<i>Finalität</i>	<i>Intentionalität</i>	<i>Existenzielle Possibilität</i>
<i>Das Symptom wird:</i>	durch die Verdrängung des inzestuösen Triebbedürfnisses determiniert.	durch einen <i>Archetypus</i> symbolisch-final gestaltet.	durch Störung im <i>intentionalen Akt</i> der zeitlichen Objektivität bedingt.	durch die <i>Wahl</i> bestimmtergenischer Existenzformen verursacht.
<i>Konstituierende Aufbauelemente:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust des <i>Ingest-Objektes</i> und Trauerarbeit. 2. Regression auf die <i>Stufe des Ur-Narzissmus</i> und <i>Introjektion</i> des narzisstisch-sadistischen verlorenen Objektes. 3. <i>Ambivalenzkonflikt</i> von Liebe und Haß zu sich selber und zur Welt. 4. Regression auf die <i>analmasochistische Stufe</i>. 5. <i>Ichveränderung</i> mit Verarmungs- und Versündigungsideen. 	<p>Symbolische Gestaltung des melancholischen Vorgangs auf Grund des alchemistischen <i>Wandlungsprozesses</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Melanosis, Nigredo</i>, Schwärze, Schatten, Finsternisse des Geistes, Tod. 2. <i>Albedo, Weißung</i>, Abwaschung, Ablutio. 3. <i>Rubredo</i>, Sonnenaufgang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die <i>Protentio</i> (Zukunft) wird in die <i>Retentio</i> (Vergangenheit) <i>hineingezogen</i>. Leerintentionen. Die Vergangenheit und die Zukunft im Zeiterleben sind intentional gestört. 2. <i>Keine Gegenwart, keine Zukunft, nur Vergangenheit</i>. 3. Nichts haben. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anale, depressive Existenzform</i>: <i>Ewiges Suchen</i> nach der verlorenen Zeit, an der man klebt. 2. <i>Introjektive Existenzform</i>: Einverleibung des Alten. 3. <i>Masochistische Existenzform</i>: Selbstsabotage. <p style="text-align: center;">—</p> <p>Auflösung dieses Bündels durch Sozialisierung der analen Existenzform im Beruf.</p>
<i>Die Analyse richtet sich auf:</i>	die <i>persönliche Vergangenheit</i> .	die <i>kollektive Vergangenheit</i> .	die <i>Gegenwart</i> , das Da-Sein.	die <i>Zukunft</i> , auf Grund der familiären Existenzen.

Trieb- und Ichvorgänge auf: 1. Trauerarbeit nach realem oder vermeintlichem Verlust eines Liebes- und Haßobjektes. 2. Regression auf die Stufe des Urnarzißmus nach Introjektion des verlorenen, sadistisch-narzißtischen Objektes. 3. Ambivalenz-Konflikt von Liebe und Haß in bezug auf die eigene Person und die Welt. 4. Regression auf die sadistische und anale Entwicklungsstufe in der Form von Wendung der Agression gegen die eigene Person. 5. Ichveränderungen: Verarmungs-, Versündigungsideen:

II. *Der Finalitätsweg* C. G. JUNG sucht die «Melancholia» auf die erste Phase des alchemistischen Prozesses, auf die «Melanosis», Schwärzung oder «nigredo», zurückzuführen. «Auf diese Weise fallen ‚Finsternisse unseres Geistes‘ (nach Pseudo-THOMAS zitiert) mit der ‚nigredo‘, der ‚Schwärze‘ unmißverständlich in eines¹.» . . . Nigredo hat auch zum caput mortuum, dem Tod, Beziehungen. C. G. JUNG zitiert nach einem Alchemisten folgenden Satz: «Horridas nostras mentis purga tenebras, accende lumen sensibus!» und sagt dazu: «Daraus spricht wohl die Erfahrung der ‚nigredo‘ der ersten Stufe des Werkes, welche als ‚Melancholia‘ empfunden wurde und psychologisch dem Zusammentreffen mit dem Schatten entspricht².»

Das Finale – quasi als Therapie der Melancholie – wird durch den nachfolgenden alchemistischen Prozeß der zielstrebigem «Abwaschung» (ablutio, baptista), die direkt zur Weißung führt, symbolisch ausgedrückt. Oder die beim Tode entwichene Seele (anima) wird dem toten Körper wieder vereinigt, zur Belebung desselben, oder es leiten die vielen Farben (omnes colores, cauda pavonis) zu einer weißen Farbe, die alle Farben enthält, über³. Auf diesem Wege soll nun von der «Schwärze», «nigredo», die «albedo», die Weißung, oder die weiße Morgendämmerung entstehen, die dann zu der «rubedo», dem Sonnenaufgang, führt. Bei C. G. JUNG werden also die alchemistischen Wandlungsphasen zu Aufbauphasen der Melancholie (und der Manie) verwendet und ihre symbolische Funktion als «innere psychische Gründe»⁴ aufgefaßt, die er dann zum finalen Aufbau und zur Heilung der Melancholie anschaut.

III. Die Melancholie wurde von E. MINKOWSKI⁵, E. STRAUSS, V. VON GEB-SATTEL⁶ als Störung im Zeiterleben dargestellt. Nun hat kürzlich (1960) L. BINSWANGER die Melancholie mit Hilfe der *Intentionalitätslehre* von E. HUSSERL auf ihre konstitutiven Aufbaumomente untersucht und die Unterschiede zwischen der Manie und der Melancholie phänomenologisch-intentional zu begreifen versucht.

Nach E. HUSSERL gibt es ein objektives, empirisches und ein subjektives, apriorisches Zeitbewußtsein. Die objektiven Gegenstände des empirisch erlebten Zeitbewußtseins sind: die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft. Diesen entsprechen als apriorische, konstitutive Aufbaumomente des subjektiven Zeitbewußtseins: *die Retentio* (als Korrelat der objektiven, erlebten Vergangenheit),

¹ JUNG, C. G.: Psychologie und Alchemie. Rascher, 1954, S. 369. Ferner: Praxis der Psychotherapie. Ges. Werke, XVI. Rascher, Zürich, 1958, S. 288.

² Psychologie und Alchemie, S. 61.

³ Ebenda: S. 318.

⁴ Ebenda: S. 317.

⁵ MINKOWSKI, E.: Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizo-phrénique. J. de Psych. 20, n° 6, 1923.

⁶ VON GEBSATTEL, V.: Zeitbezogenes Zwangsgedanken in der Melancholie. Nervenarzt, 1, 5. 1928.

die *Praesentatio* (als apriorisches Korrelat der Gegenwart) und die *Protentio* (als apriorisches Korrelat der Zukunft) im subjektiven Zeitbewußtsein. Diese drei konstitutiven Aufbaumomente eines apriorischen, subjektiven Zeitbewußtseins stehen miteinander in einem dauernden Zusammenspiel. Bei HUSSERL handelt es sich somit nicht um ein Erleben der Zeit, sondern um ein apriorisches Wahrnehmen und Verhalten zur Zeit. «Zeit» wird bei HUSSERL von der Intentionalität her untersucht¹. «Intentio» heisst «sich richten auf». Jedes Verhalten, jede Wahrnehmung, auch die Zeitwahrnehmung, richtet sich apriori auf etwas. «Wir müssen beachten», schreibt W. SZILASI, «bei der Intentionalität ist weder von innen noch von außen die Rede. Die Frage Immanenz-Transzendenz taucht gar nicht auf. HUSSERLS Stärke ist gerade die genaue Beschreibung der Bewußtseinsvorgänge. Mit ihr werden viele Fragen gegenstandslos. Es ist zunächst der einfache Tatbestand festzuhalten, daß die Struktur des Verhaltens selbst ein Sichrichten auf . . . ist².» Im subjektiven Zeitbewußtsein hängt «die einheitlich fließende Verbindung der drei Horizonte» der Zeit (Retentio, Praesentatio und Protentio) von der immanenten Produktivität des Denkvermögens nicht ab. Es fehlen ihnen ja sowohl die Apodiktizität wie die Evidenz. (S. 84.)

Im Lichte dieser Intentionalitätslehre der zeitlichen Wirklichkeit und Gegenständlichkeit stellte nun L. BINSWANGER fest, daß die intentionale Störung des Zeitbewußtseins bei der Melancholie darin bestehe, daß der Melancholische die Zukunft, die Protentio, in die Vergangenheit, in die Retentio, zurückzieht. L. BINSWANGER schreibt: «Der melancholische Selbstvorwurf drückt sich sprachlich meist in konditionaler Form aus . . . Es sagt uns, daß es sich bei der Rede vom Wenn oder Wenn-nicht, vom Hätte-ich, oder Hätte-ich-nicht um lauter *leere Möglichkeiten* handelt. Wo aber von Möglichkeiten die Rede ist, handelt es sich um *protentive* Akte – das Vergangene hat ja keine Möglichkeiten. Hier aber *zieht sich, was freie Möglichkeit ist, zurück in die Vergangenheit*³. Das bedeutet, daß die protentiven konstituierenden Akte zu sogenannten Leerintentionen werden müssen⁴.» Dieser Leerlauf bedeutet nur einen «gedanklichen Leerlauf», d. h. der Melancholiker wiederholt *im Denken* immer dieselben Dinge. Im melancholischen Denken verwechselt sich somit die Retentio mit der Protentio, die Vergangenheit mit der Zukunft. Eben dadurch aber wird hier nicht nur die «Zeitigung», sondern das Denken überhaupt gestört. Über den Unterschied zwischen der Melancholie und der Manie schreibt der Autor: «Während der Melancholische, populär ausgedrückt, in einer intentional gestörten Vergangenheit *oder* intentional gestörten Zukunft lebt und deswegen zu keiner Gegenwart kommt, lebt der Manische nur für den Augenblick⁵, existenziell ausgedrückt, in der Aufenthaltslosigkeit der *Verfallenheit*, des Überall und Nirgends⁵.»

In bezug auf das «reine Ego» im Sinne HUSSERLS besteht die Antinomie in folgendem: «Im Gegensatz zum (manischen) Inbesitznehmen von allem, versinkt

¹ EDMUND HUSSERLS Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins. Hg. von M. HEIDEGGER. Jahrb. f. Philosophie und phänom. Forschung. Bd. IX. Niemeyer, Halle, 1928, S. 367–490.

² SZILASI, W.: Einführung in die Phänomenologie Edmund Husserls. Niemeyer, Tübingen, 1959, S. 17.

³ Hier ist aber zu betonen, daß L. BINSWANGER – wie er selbst schreibt – unter «Möglichkeit» nur ein Vertauschen der «Inhalte der Gedanken» versteht und nicht ein Vertauschen einer klinischen Syndromatik, wie WULFF und insbesondere die Schicksalsanalyse.

⁴ BINSWANGER, L.: Melancholie und Manie. Neske, Pfullingen, 1960, S. 27.

⁵ Ebenda: S. 115 und 107.

das reine Ego in der Melancholie aber durch die Erfahrungslosigkeit in das *Nichts*. Dort (bei der Manie) das ‚verrückte‘ Glück über den *Besitz von allem*, hier (bei der Melancholie) die ‚verrückte‘ Verzweiflung über das Versinken ins Nichts, in den *Verlust von allem*. In beiden Fällen hat die egologische Erfahrung keine Rolle, kein ‚Tätigkeitsfeld‘ hinsichtlich der Totalität der Erfahrung (wenn sie auch wie erwähnt, die Konstitution der Mirzugehörigkeit weiterhin erfüllt¹.)

IV. *Der Weg der existenziellen Possibilität* ist: die *genische Auflösung der seelischen Wirklichkeit* «Melancholie» in ihre erblichen Elementarfunktionen in der *Schicksalsanalyse*. Dieser Weg deckte insbesondere die Wirkung dreier existenzieller Elementarfunktionen auf.

1. Das ewige Suchen des verlorenen Objektes, und zwar aus dem Drang der Retention des Klebens, am alten Wertobjekt; 2. die Introjektion, d. h. die Einverleibung aller Wertobjekte ins Ich, die man in der Vergangenheit besaß. Daher die Aufrichtung der Hab-Ideale nur auf Grund des Bildes von dem verlorenen Objekt; 3. die Wendung der Aggression gegen die eigene Person, d. h. der Masochismus, der für die Aggression steht, welche die Person wegen des Nie-wiederfinden-Könnens des verlorenen Objektes in sich mobilisiert. Um diese Elementarfunktionen zentrieren sich die drei speziellen Existenzformen.

Die Melancholie als eine komplexe Erscheinung der seelischen Wirklichkeit wird somit in der Schicksalsanalyse in drei aufbauende Existenzformen aufgelöst. Diese drei Existenzformen: 1. Ewiges Suchen nach dem verlorenen Objekt und Kleben am alten Wertobjekt (anal-depressive Existenzform); 2. Immer-das-Alte-haben-Wollen (introjektive Existenzform) und 3. Stets-gegen-sich-Sein (masochistische Existenzform), bilden ein Bündel von Existenzmöglichkeiten, *die nicht kausal* – wie nach S. FREUD –, *sondern durch ein besonderes Zusammentreffen von Genotypen entstanden*. Dieses Existenzbündel löst nun der Schicksalsanalytiker in seine Aufbauelemente auf und macht den Versuch, wenigstens die eine dieser Existenzformen in der Berufstätigkeit zu sozialisieren und somit die Wirkung des unglücklichen Zusammentreffens aller drei aufbauenden Existenzformen der Melancholie zu vermindern. Am leichtesten geht dies mit der anal-depressiven Existenzform, die man – nach den verschiedenen sozialen und mentalen Ebenen hin – als Antiquitätenhändler, Magaziner, Sammler, Museumsangestellter oder als Chemisch-Reiniger, Anstreicher, Maler oder als Straßenkehrer, Putzfrau, Abfallsammler und -bearbeiter, Darmputzer, Gerber, ja sogar als Bankier (Fall 54) ausleben kann².

In den erwähnten drei Existenzmöglichkeiten bedingt stets eine Elementarfunktion der Psyche eine spezielle Form des Soseins. Wir dürfen aber die zu dieser Existenzform gehörenden anderen Funktionen nicht vernachlässigen. Ferner müssen die drei Existenzformen nicht gerade in diesem Bündel zusammentreffen. Sie können mit andersartigen Existenzformen andere komplexe Wirklichkeiten aufbauen. So kann z. B. die depressiv-anale Existenzmöglichkeit mit dem sexuellen Sadismus oder Masochismus und der Ad-hoc-Introjektion zu einem Perversions-Schicksal, d. h. zu einer völlig andersartigen seelischen Wirklichkeit, führen. Oder die introjektive Wirklichkeit kann unter Umständen die Weiblich-

¹ Ebenda: S. 130. Im zweiten Teil dieses Buches wird diese «egologische» Feststellung von mir korrigiert.

² SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. B. Schwabe, Basel. II. Aufl., 1948, S. 363.

keit einverleiben und zusammen mit dem ewigen Suchen, Anklammern und dem Masochismus die homoerotische Existenz als seelische Wirklichkeit phänomenologisch darstellen. Kurz: Nicht immer die Kausalität der seelischen Funktionen, sondern auch das Zusammentreffen von verschiedenen genisch bedingten Existenzmöglichkeiten können die Verschiedenheit der seelischen Wirklichkeit bedingen. So ist es bei allen Neurosen und Psychosen hereditären Ursprungs.

*

Über die Frage, was in den vier Aufbauarten der Wirklichkeit in bezug auf die Melancholie richtig und was unrichtig sei, könnte man viel diskutieren. Diese Diskussion müssen wir für den dritten Teil des Buches reservieren¹. Hier war unsere Aufgabe nur die Darstellung der erörterten vier Denkweisen und somit begrenzt. Aus diesem Aspekt kann man vorderhand nur folgende Behauptungen wagen:

Erstens: Jede Art analytischer Behandlung richtet sich speziell auf *einen* Zeitabschnitt des Lebens. Jede hat also ihre eigene eingeschränkte Intention. *Die Psychoanalyse* richtet sich insbesondere auf *die persönlich erlebte infantile Vergangenheit*. *Die analytische Psychologie* hat die Intention, die zeitlosen, allmenschlichen Wirkungseinheiten, die Regulatoren der Phantasietätigkeit, der Symbol- und Religionsbildungen aus der kollektiven *Urvorganglichkeit der Menschheit* zu verstehen und sie bei dem Einzelnen finaliter anzuwenden. *Die Daseinsanalyse* richtet sich fast ausschließlich auf *die Gegenwart* des Daseins. Sie ist im Grunde eine transzendente Bewußtseinspsychologie, die die Tiefenpsychologie in der Richtung der Höhe ergänzt. Darum setzt sie das Unbewußte, die Triebe und alle immanenten Gegenstände eines empirischen Ichs außer Aktion, somit auch die Vergangenheit und Zukunft. *Die Schicksalsanalyse* richtet sich auf *die existenziellen Possibilitäten der Zukunft*. Sie geht stets auf die Suche nach den Spuren der vergangenen *familiären Existenzmöglichkeiten*. Somit verbindet sie zwar die familiäre Vergangenheit mit der persönlichen Zukunft; die Gegenwart kommt aber hier zu kurz.

Nun haben die kollektive und die persönliche Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft als Intentionen ihre bestimmten gewichtigen Anteile an dem seelisch Krankwerden der Person, von denen man keinen vernachlässigen dürfte. Denn *eine* Intention, *eine* Einsicht, bleibt immer nur *eine* Sicht. Die psycho-pathologischen Phänomene müssen aber mehr-sichtig betrachtet werden. Daraus folgt unsere Forderung, daß jeder Psychotherapeut durch eine mehrdimensionale Ausbildung instand gesetzt werden sollte, sich auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft seines Analysanden mit Hilfe der adäquaten Denkweise und der speziellen Technik zu richten. *Wir erachten die Hauptursache der «unendlichen» Analysen eben in der Eindimensionalität des Denkens*. Obwohl die drei Intentionen des öfteren miteinander verwoben erscheinen, darf der Psychotherapeut die nur auf die eine Periode des Lebens eingeeichten verschiedenen Methoden niemals vermischen, kontaminieren. Er sollte sie in den sich spontan meldenden Abschnitten der Behandlung in ihrer originalen Reinheit anwenden. Für die heutigen Psychotherapeuten ist dies sicher eine Überforderung. Denn sie sind ja fest an eine bestimmte Denkweise und eine Technik gebunden und somit skotomisiert. Für die nach-

¹ Siehe Kapitel XLII.

kommende Generation der Psychotherapeuten wird diese Forderung nach Integration selbstverständlich sein.

Zweitens: Jeder Forscher strebt nach «Fortschritt». Das ist begreiflich, denn das Gelingen eines neuen Schrittes in seiner Forschungsarbeit ist seine Belohnung, oft sogar die einzige. Unbegreiflich bleibt aber der Denkfehler, daß jeder Schritt vorwärts nur dann möglich sein sollte, wenn man vorerst die alten Spuren und den alten Sinn der vergangenen Forschungen auslöscht, oder sie gnädigst «einklammert». Weltanschauung heißt: die Welt – hier die Welt-Entwürfe der kranken Seelen anschauen.

Die Psychoanalyse, die analytische Psychologie und die Schicksalsanalyse versuchen *die Tiefe*, die Daseinsanalyse hingegen *die Höhe* in der psychopathologischen Wirklichkeit zu erforschen. Etwas richtig anschauen heißt aber, das Ding von allen Seiten, von unten und von oben, von rechts und von links anzuschauen und danach die Ergebnisse zu einer Ganzheit zu integrieren. Von diesem Ziel ist die Forschung derzeit nicht zuletzt darum so ferne, weil die Forscher selber nicht integrierte Menschen sind. Aber dieses Ziel aufzugeben, heißt die Totalität der Wirklichkeit aufzugeben.

Da wir in diesem Buch überall, wo immer möglich, die Anschauungen und Techniken der Therapie der Schicksalsanalyse mit denen der Psychoanalyse vergleichen werden, müssen wir uns hier in die Aufbauarten der Wirklichkeit in beiden Richtungen noch weiter vertiefen.

Verdrängung als Denkuniform in der Psychoanalyse

Die Rolle, die das «Realitätsprinzip» neben dem «Lustprinzip» in der Psychoanalyse einnimmt, insbesondere aber die Bausteine, aus denen sie die Wirklichkeit des Krankwerdens aufbaut und all das, was sie als «real» erachtet, trägt die unverkennbare Note der Aufklärung. Die Psychoanalyse anerkennt nur die empirische Realität. Das heißt: Wirklich ist das, was mit den materiellen Bedingungen der Erfahrung zusammenhängt (KANT). Diese objektive, empirische Wirklichkeit ist somit der Inbegriff dessen, was der Mensch auf Grund äußerer und innerer Wahrnehmungen als objektiv Seiendes anerkennt. Das Wahrgenommene wird in der Psychoanalyse stets kritisch auf seine objektive und subjektive Seite geprüft und sodann aus den materiellen Bedingungen der Wahrnehmungen der Schluß gezogen. Die psychoanalytische Therapie sammelt immerfort Erfahrungs- und Erlebnisinhalte und stellt Fragen nach dem Verhältnis dieser Erfahrungen und Erlebnisse zur Vergangenheit, zur Welt und Realität. Diese auf der Couch gesammelten Erfahrungsinhalte werden nun als reale, in der Innen- und Außenwelt *dinglich* vorhandene Wirklichkeitselemente angeschaut und bewertet, wobei all das als «wirklich» beurteilt wird, was in dem Menschen wirksam geworden ist, was auf ihn einwirkte und als Wirksames oder durch das freie Assoziationsverfahren Gewirktes erkennbar wurde¹.

In der Psychoanalyse liegt ein Mensch mit einem Symptom auf der Couch. Nicht selten nur das Symptom. Das, was auf seine Wirklichkeitsbausteine zer-

¹ Siehe dazu: SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956. S. 402–407. Der Begriff der Wirklichkeit.

legt wird, ist häufiger das Symptom denn der Mensch selber, der das Symptom trägt. Nun wird in den Stunden nach all dem gesucht, was in diesem Menschen in der Kindheit als Triebbedürfnis wirksam wurde und was mit diesem Bedürfnis durch Einwirkung der Umwelt und der eigenen Gedankenwelt und Phantasie wirklich geschah, ferner womit er die unterbliebene Triebbefriedigung ersetzt hat. Bei der Analyse eines Symptoms wird die Fahndung nach der Wirklichkeit schematisch stets in drei Richtungen durchgeführt:

1. Was für Triebbedürfnisse waren bei dem Patienten in der frühen Kindheit wirksam geworden? Somit entdeckt der Psychoanalytiker den ersten Baustein der Wirklichkeit: *das native, frühkindliche Triebbedürfnis*.

2. Wie reagierte die Umwelt und die infantile Psyche auf das wirksam gewordene Triebbedürfnis? Mit der Antwort auf diese Frage findet der Psychoanalytiker den zweiten Baustein der Wirklichkeit: *die Verdrängung als das empirische, objektive Triebschicksal* und stellt sie ins Zentrum der seelischen Wirklichkeit. Obwohl S. FREUD und insbesondere ANNA FREUD später auch andere Abwehrarten anerkannt haben, wurde dennoch bei diesen andersartigen Abwehrmechanismen (wie bei dem Zwang und der Projektion) die Verdrängung als die *vorangehende* Abwehrart aufgefaßt.

3. Womit gelang es dem Patienten, diese unterbliebene Triebbefriedigung zu ersetzen? In diesem Vorgang des Ersetzens erblickt er den dritten Wirklichkeitsbaustein: *das Symptom*.

Nachdem diese drei grundlegenden Bausteine der Wirklichkeit im seelischen Kranksein: 1. *die native Natur des Triebbedürfnisses*, 2. *sein Triebschicksal*, *die Verdrängung* und 3. *das Ersetzen der Triebbefriedigung durch das Symptom* aufgefunden wurden, wird nun ein logisch-kausaler Zusammenhang konstruiert, mit dem dann der Patient konfrontiert wird. Diese Konfrontation und das Durcharbeiten bestehen nun aus zwei gesonderten Schritten: zuerst kommt der Schritt, das Verdrängte bewußtseinsfähig zu machen; danach der der neuen reiferen Stellungnahme zu dem gefahrbringenden Triebbedürfnis. So entsteht die neue Wirklichkeit der seelischen Gesundheit.

Nachdem die Psychoanalyse auf empirischem Wege in vielen Analysen festgestellt hat, daß der erörterte Aufbau der Wirklichkeit des seelischen Krankseins für jede Art von Neurosen bezeichnend sei, hat nun S. FREUD die allgemeine empirische These aufgestellt, «*das Symptom sei Anzeichen und Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung, ein Erfolg des Verdrängungsvorganges*¹». Diese These der Pathogenese ist heute noch der allgemeine empirische Leit- und Grundsatz im Wirklichkeitsaufbau aller seelischen Erkrankungen in der Psychoanalyse. Mit den Jahren hat sich diese Konstruktion im Denken der Analytiker zu einem Dogma versteinert.

Die Denkungsart der Aufklärung beeinflusste demnach durch ihre materielle, logisch-kausale Denkkunst die Psychoanalyse in zwei Richtungen. Zum ersten wirkte die Aufklärung auf die materielle Aufbauart der Pathogenese und auf die logisch-kausalen Zusammenhänge der vorgefundenen drei Bausteine. Zum zweiten bestimmte ihre spezielle «aufklärende» Denkart auch den Heilweg der Psy-

¹ FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schr., Bd. XI, S. 28.

choanalyse, der ja durch «Aufklärung, Erklärung, logisch-kausale *Deutung*¹» der empirischen, objektiven Wirklichkeit den Neurotiker zur Gesundheit zu führen versucht. Die Stellungnahme der Psychoanalyse zur Wirklichkeit – als zum Inbegriff dessen, was bei dem Neurotiker wirkte und wirksam geworden ist –, wie auch zur Realität, also zu der Dinglichkeit – als Inbegriff dessen, was in seiner Außenwelt dinglich vorhanden war und in seiner Innenwelt als Vorstellung oder Gedanke dinglich bestand –, trägt die Note der Denkungsart der Aufklärung.

Hier müssen wir zwei Fragen stellen:

Erstens: Ist die Tatsache, daß die Psychoanalyse durch die Denkart der Aufklärung beeinflußt wurde, an sich ein Grund, der uns ermächtigt, in der Praxis oder im Prinzip die psychoanalytischen Ergebnisse abzulehnen oder sie sogar zu verleumden? Dies wäre u. E. völlig falsch.

Zweitens: Soll man die besondere Denkart, mit der die Psychoanalyse die Wirklichkeit der erkrankten Seele aufbaute, generell auf alle psychopathologischen Erscheinungen ohne jegliche Einschränkung annehmen? Dies wäre u. E. ebenfalls unrichtig. Was kann man also tun, um falsche Wege zu vermeiden, ohne den Weg der Psychoanalyse als den «einzig richtigen» zu gehen?

Auflösung der seelischen Wirklichkeit in ihre multiformen Möglichkeiten

Theorie der Wahlfreiheit

der Existenzmöglichkeiten in der schicksalsanalytischen Therapie

Die oben gestellten Fragen führten zur Differenzierung zweier im Prinzip verschiedener Denkweisen, sowohl was das Verstehen, wie was das Heilen seelisch kranker Menschen betrifft. Die eine, bereits erörterte, fußt auf dem *uniformen* Aufbau der Wirklichkeit des seelischen Krankseins aus den drei empirisch gefundenen Bausteinen. Sie ist um den Verdrängungsprozeß zentriert. So denkt der Psychoanalytiker. Die andere Denkweise zweifelt an der generellen Uniform der Wirklichkeit durch die Verdrängung in der Pathogenese und *zerlegt die in den konstitutionellen Fällen vorgefundene, nur scheinbar uniforme Wirklichkeit in ihre multiformen Existenzmöglichkeiten*. So denkt der Schicksalsanalytiker. Folgende Grundgedanken führen ihn dabei:

1. Auf der Couch liegt nicht ein Symptom, auch kein Komplex von Symptomen, sondern *ein Mensch mit mehreren Existenzmöglichkeiten*.

2. Diese Multiplizität der existenziellen Possibilitäten im Schicksale des einzelnen muß der Analytiker in der Behandlung aufdecken und mit dieser Garbe der Daseinsmöglichkeiten, die stets individuell diskret variabel ist, den Patienten konfrontieren.

3. Während der Behandlung baut der Kranke eine reife seelische Mitte mit einer ethischen, moralischen, vernünftigen und geistigen Zensur auf, mit deren Hilfe er unter den aufgedeckten Existenzmöglichkeiten zu *wählen* vermag.

4. Denn nach der Schicksalsanalyse besitzt der Mensch *die Wahlfreiheit*. Wir nennen diese Denkungsart «die Auflösung der Wirklichkeit in ihre verborgenen Möglichkeiten und die Wahlfreiheit der eigenen Existenzform».

¹ Vgl. hierzu Kapitel XIV.

Die Schau- und Anschauungsart dieser Denktechnik stellt also keine logisch-rationalen, kausalen Zusammenhänge zwischen den Inhalten der einförmigen Wirklichkeit des Symptoms fest, sie konstruiert nicht, sie rekonstruiert nicht, sondern sie *registriert* ohne jegliche Anwendung von Ratio und Logik einfach alle diejenigen Existenzformen, die dem Patienten durch das Erbe, durch seine Triebnatur, durch die soziale Lage, durch die Erziehung und die so erworbene Weltanschauung, durch sein Ich und dessen Verbindung zum Geist *speziell*, d. h. individuell, gegeben wurden. Die Symptome eines konstitutionellen seelischen Krankheitsbildes stellen keine Kausalkette von psychischen Erlebnissen dar; sie können auch Manifestationen von *genisch* bedingten Existenzformen sein, die miteinander *nicht kausal* zusammenhängen. (Vgl. hierzu Abb. 10, 11 und 12.)

Nach dieser «Auflösung» der nur scheinbar uniformen seelischen Wirklichkeit in die Garbe der multiformen Existenzmöglichkeiten besteht die Therapie darin, daß nach tiefgreifender Konfrontierung mit den mannigfachen Möglichkeiten dem Patienten die Frage der freien Wahl gestellt wird.

Bei diesem Verfahren geschieht somit die Heilung nicht nur durch das Bewußtwerden des Verdrängten und durch Einsicht in die logisch-rationalen Zusammenhänge der drei die seelische Wirklichkeit aufbauenden Elemente im Verhältnis des Triebes zum Ich, wie in der Psychoanalyse, sondern durch die Auflösung der scheinbar einheitlichen Fassade der Wirklichkeit «Mensch» in die individuell variablen Existenzmöglichkeiten. Nach dem *Bewußtwerden dieser Daseinsmöglichkeiten* wird sodann die freie Wahl gefällt. Die durch die Auflösung der Wirklichkeitsfassade der Person aufgedeckten verschiedenen Existenzmöglichkeiten sind durch das Erbe – ohne Logik und Ratio – einfach mitgegebene Ahnenfiguren, von denen jede eine besondere Daseinsmöglichkeit für die Person repräsentiert und auch bedingt. Diejenige Existenzform, die bereits «symptomatisch» in der aktuellen Wirklichkeit manifest erschienen ist und mit der der Patient den Analytiker aufsucht, ist stets nur *eine* der möglichen Existenzen, die er in sich trägt. Der Schicksalsanalytiker muß sich aber nicht nur mit dieser aktuell gelebten Existenzform beschäftigen, sondern hauptsächlich mit den verborgenen, andersartigen Existenzmöglichkeiten und mit Hilfe von «Ahnenträumen» und «Ahneneinbrüchen» auf der Couch die ganze Garbe dieser latenten Existenzmöglichkeiten dem Patienten aufdecken.

Die geschilderten Unterschiede im Aufbau der seelischen Wirklichkeit in der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse kann man schematisch aufzeigen. (S. Tab. 2.)

Um den Unterschied zwischen den zwei Denkweisen in der Praxis begrifflich zu machen, sollen hier zwei Fälle nach dem erörterten Schema nur kurz dargestellt werden. Die ausführliche Erörterung beider Analysen wird andernorts dieses Buches stattfinden.

Beispiel zur Anwendung der Denkweise der Verdrängungsuniform der Wirklichkeit in der Psychoanalyse. (Siehe Fall 14.)

Ein 32jähriger Industrieller leidet seit 9 Jahren an Pseudo-Angina pectoris mit Herz- und Erstickungsanfällen (Konversionshysterie). Der Mann wurde nach der Denkweise der Psychoanalyse behandelt. Nach etwa 8 Monaten sind die Anfälle

Tab. 2. *Aufbau der seelischen Wirklichkeit in der Psychoanalyse und Schicksalsanalyse*

Denkschritte: ↓	<i>Aufbau der Wirklichkeit</i>	
	<i>in der Psychoanalyse:</i>	<i>in der Schicksalsanalyse:</i>
Erster Schritt:	Fahndung nach dem traumatischen Erlebnis und dem infantilen Triebbedürfnis.	Auflösung der aktuellen krankhaften Wirklichkeit in die latenten mitgebrachten Existenzmöglichkeiten.
Zweiter Schritt:	Bewußtmachen des Verdrängten und Konfrontierung mit dem Vorgang der Verdrängung.	Konfrontierung und Durcharbeiten <i>aller</i> krankhaften und gesunden Existenzmöglichkeiten.
Dritter Schritt:	Logisch-rationale Ableitung des Symptoms aus der unterbliebenen Triebbefriedigung als Ersatz und reife Stellungnahme zu dem krankmachenden Triebbedürfnis.	Bewußte und freie Wahl einer neuen Existenz unter den möglichen.
Allgemeine Haltung des Analytikers:	Passiv. Zeitweise Deutung, Konstruktion und Durcharbeiten der Triebträume und Einfälle auf Grund der Kausalität.	Aktive Registrierung der Possibilität der einzelnen Existenzmöglichkeiten auf Grund von Ahnenträumen und Ahneneinbrüchen.

von einer Stunde auf die andere verschwunden. Die Heilung besteht über 6 Jahre ohne Rückfälle. Der Denkweg zu dieser Heilung führte durch folgende Stationen:

1. Es wurde durch Traumanalyse aufgedeckt, daß er mit 4-5 Jahren eine Katze, die ihm nicht parieren wollte, ertränkt hat. Diese Katze paddelte mit den Pfoten und gab die gleichen Töne des Glucksens, während sie ertrank, wie der Patient in den Anfällen. Er reproduzierte unbewußt selber die Erstickungsercheinungen der ertrunkenen Katze (Beobachtungen der Anfälle auf der Couch).

2. Durch die Assoziationen zu den Träumen wurde ihm bewußt, daß er eigentlich nicht die Katze, sondern die Mutter ertränken wollte, weil sie ihn bei einer Pflegefamilie ließ und wegfuhr. Dieser Tötungswunsch gegen die Mutter war das jahrzehntelang Verdrängte. Im ersten Monat seiner Ehe, die mißlang und in ihm Eifersuchtsanfälle hervorrief, wurde das Altverdrängte plötzlich durch einen Zufall wachgerufen: In der Nacht erschien eine schwarze Katze im Fenster seines Schlafzimmers. Er jagte sie mit Wut weg, und am nächsten Tag begannen die Erstickungsanfälle, das Paddeln und das Glucksen, die 9 Jahre dauerten.

3. In der letzten Phase der Analyse kam nun die Einsicht, daß sein Symptom nur ein Ersatz für die verdrängten Tötungsansprüche gegen die Mutter war – und zwar als Schuld- und Strafbedürfnis. Nachdem er dies eingesehen hatte, nahm er eine reifere Stellungnahme zu dem infantilen Muttertötungsanspruch in der Kindheit an und wurde mit einem Schlag anfallsfrei. Die auf die Vergangenheit gerichtete Analyse war erfolgreich, weil hier eine traumatische Neurose vorlag.

Beispiel zur Anwendung der Denkweise der Auflösung der Wirklichkeit in ihre latenten Möglichkeiten in der Schicksalsanalyse. (Siehe Fall 6.)

Eine 33jährige Irrenpflegerin ging wegen ihres lesbischen Zusammenlebens mit der Freundin in eine klassische Psychoanalyse. Dieser ist es gelungen, die

Verdrängung der Inzestliebe und deren Ersetzung mit der Homosexualität aufzudecken, die Trennung der lesbischen «Ehe» durchzuzwingen und eine heterosexuelle Ehe zu bewerkstelligen. In der Ehe aber erschienen Zwangsgedanken, jemand könnte ihre Kinder, während sie fort wäre, ermorden. Die Angst um ihre Kinder brachte sie fast an die Grenze des Irrewerdens. So entschließt sie sich zu einer Schicksalsanalyse, «weil sie sich von ihren Ahnen verfolgt fühlt». Durch eine lange Reihe von Ahnenträumen und Ahneneinbrüchen – außerhalb und in der Analyse – wird ihre seelische Wirklichkeit – die Mord-Zwangswelt – in zwei familiärspezifische Existenzmöglichkeiten aufgelöst, und zwar in eine paranoid-schizophrene und eine epileptiforme Existenz. Beide Ahnenexistenzen hat sie mehrmals in ihren Träumen erlebt. In ihrem Stammbaum (siehe Abb. 6, Stammbaum 6) figurierten in der Tat zwei schizophrene Tanten, von denen die eine nach einer illegalen Abtreibung krank wurde, wie auch mehrere Epileptiker und epileptiforme Charaktere. Das Erleben, die Annahme und die Sozialisierung dieser Ahnenexistenzen, die in ihr latent lebten und die Mordgedanken bedingten, im Beruf gelang der Patientin völlig. Danach verschwanden die Ängste und die Mordzwangsgedanken. Die Katamnese, die auf 5 Jahre zurückgeht, weist keinen Rückfall auf.

*

Die vorangeschickten zwei kurzen Beispiele dienen hier nicht nur dazu, die verschiedenen Denkweisen der Psychotherapie in der Praxis zu demonstrieren. Sie weisen auch auf die Verschiedenheit ihrer Anwendungsgebiete bzw. ihrer Indikationen hin.

Die Denkweise der uniformierten Wirklichkeit der Psychoanalyse, welche um die *Verdrängung*, d. h. im allgemeinen um die «*Abwehrlehre*» zentriert ist, erreicht ihre höchsten Leistungen in der Behandlung der *traumatischen Neurosen*, also bei der *exogenen* Krankheitsgruppe.

Die Auflösung der Wirklichkeit in ihre verborgenen Existenzmöglichkeiten – also die Schicksalsanalyse – ist diejenige Denkart, welche insbesondere bei den *endogenen, hereditären Ich-Veränderungen und den konstitutionellen Trieberkrankungen* ihre spezielle Aufgabe fand. Hier hat die Abwehrlehre – auch nach dem Dafürhalten S. FREUDS – versagt und übergab ihren Platz der «*Spaltungslehre*»¹, die sodann in der Schicksalsanalyse durch die Erweiterung und Neugestaltung der ursprünglichen Spaltungstheorie E. BLEULERS eine führende Rolle auch in der Therapie erlangte².

Die Frage, ob eine seelische Störung eher exogenen oder mehr endogenen Ursprungs ist, bedingt somit auch die Wahl der Denkweise und auch die Behandlungsart des Falles. Da aber auch bei den endogenen Erkrankungen viel traumatisches Material abzutragen ist, muß der Therapeut auch hier mit der Denkweise und Technik der Psychoanalyse die Heilarbeit beginnen und erst nach Abtragen des traumatischen Schutts zur Methode der Auflösung der Wirklichkeit in ihre ererbten Existenzmöglichkeiten übergehen, wie es im zweiten Beispiel (Fall 6) in der Tat geschah.

¹ Freud S.: Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. Ges. Werke. Imago Publ., London. Bd. XVII, S. 59.

² Vgl. hiezu den dritten Teil des Buches, Kapitel XXXIII.

Es muß hier nochmals ausdrücklich betont werden, daß von diesem Auflösungsverfahren der Wirklichkeit nur dann eine Heilung oder Verbesserung des kranken Zustandes zu erwarten ist, wenn der Analysierte seine *freie Wahl der künftigen Existenzform* auf Grund der ethisch-moralischen, geistig-vernünftigen Zensur zu fällen vermag. Diese Einschränkung des Heilerfolges gilt nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Therapeuten.

Es gibt eine kleine Gruppe von Analytikern, die im geheimen – zwischen den vier Wänden ihres Sprechzimmers – gegenüber dem Patienten die Weltanschauung vertreten, daß der Analysierte das Recht und die Freiheit habe, auch gegen die Moral der Gesellschaft – in der Stunde sogar mit ihm – zu handeln, wenn er damit eine bisher unterdrückte Existenz befriedigen kann. Diesen unmöglichen Standpunkt rationalisiert der Analytiker zumeist damit, daß er durch die skrupellose Annahme des Soseins seines Patienten ihn von der Last des Andersseins befreit. Das Motto dieser Weltanschauung wird immer wieder mit dem Satz ausgedrückt: «Warum denn nicht?» Mit diesem Satz aber wird die ganze moralische Wirklichkeit abgebaut und der Patient in seiner immoralen Existenz befestigt. Diese Abschaffung der sittlichen Wirklichkeit im Menschen und in der Welt hat natürlich mit dem Ziel der Befreiung der latenten Existenzformen nichts zu tun. Sie ist eine Mißdeutung der analytischen Befreiung und führt niemals zur Heilung. Es genügt somit nicht, wenn der Therapeut auch mehrere Denkweisen technisch richtig handhaben kann. *Er muß selber als «Mensch» die sittliche Wirklichkeit in sich tragen, sie bejagen und danach leben.* Denn nicht nur das Zeitalter, sondern auch die persönliche moralische Struktur des Therapeuten kann die Denkart der Behandlung tief beeinflussen. Auch auf die Psychotherapie jeglicher Richtung ist das alte Sprichwort immerfort gültig: «Qui deficit in moribus et proficit in litteris, plus deficit quam proficit.»

Die Methode der Auflösung der Wirklichkeit in ihre verborgenen Möglichkeiten setzt voraus, daß jede mitgebrachte Existenzmöglichkeit einmal unter Umständen zur realen Wirklichkeit zu werden vermag. Möglichkeit ist ja die Vorform der künftigen Wirklichkeit. Der Mensch trägt aber in sich auch Unmöglichkeiten, d. h. Existenzformen, die man nie in die Wirklichkeit umsetzen kann. Der Therapeut muß also auch noch die Weisheit besitzen, die möglichen von den unmöglichen, die realisierbaren von den nie realisierbaren Existenzformen zu trennen. Und dies ist oft schwer. Denn was für den einen Menschen unmöglich ist, kann für den anderen möglich sein.

Der Beruf eines Psychotherapeuten verlangt von diesem äußerst viel. Und wenn auch jemand alle nötigen Fähigkeiten und Ausbildungen zur Ausrüstung dieses Berufes besitzt, kann er dennoch bei diesem oder jenem Patienten völlig versagen. Es ist zwar richtig, daß der Psychotherapeut die Kunst mehrerer Techniken vollständig erwerben sollte, aber vergessen wir nie, daß *nicht die Technik heilt, sondern die zwischenmenschliche Beziehung zwischen dem Analysierten und dem Therapeuten.* Und eben diese Beziehung ist – trotz der Aufklärungsversuche der Psychoanalyse über die Übertragung und Gegenübertragung – heute noch ein Rätsel. Es ist das Rätsel der «Heilung» an sich.

*

GRUNDSÄTZE UND IHRE ANWENDUNG TRIEBSCHICKSALE UND GANZHEITSSCHICKSALE

Erster Grundsatz: Das Triebchicksal der Psychoanalyse repräsentiert stets nur ein Teil- und nie das Ganz-Schicksal des Einzelnen. Mit der Analyse des Triebchicksals kann man zwar die traumatisch erworbene psychische Trieb-situation des Kranken erfassen, niemals aber *das totum und die integritas aller Existenzmöglichkeiten der Person, d. h. die Ganzheit.*

Das Schicksal des Menschen entsteht nach den bisherigen Forschungen der Schicksalsanalyse (*Scha*) durch sechs gleichwertige Faktoren, unter denen das Triebchicksal nur als einer unter den anderen figuriert. Der Mensch hat nämlich 1. ein Erb-, 2. ein Trieb- und Affekt-, 3. ein soziales, 4. ein denkendes, mentales, 5. ein Ich- und 6. ein geistiges Schicksal. Aus diesen sechs Teilschicksalen integriert sich im Laufe der Entwicklung oder in dem einer Schicksalstherapie das totale, ganzheitliche Schicksal des Einzelnen. Das Ganzschicksal besteht somit aus mehreren – oft polar entgegengesetzten – *Existenzmöglichkeiten*, zwischen denen das Ich seine aktuelle Existenzform in der Behandlung selbst wählen muß. Wird nur einer dieser schicksalsbestimmenden Faktoren vernachlässigt oder völlig außer acht gelassen, so wird das Gesamtbild des Schicksals des Einzelnen schief und verschoben. Es entsteht ein störendes Zerrbild, in dem ein Glied der schicksalsbildenden Faktorenkette weit über die anderen hinauswächst.

S. FREUD hat bekanntlich 1915 die Schicksalsmöglichkeiten des neurotischen Menschen auf den Sexualtrieb eingeschränkt und nur folgende vier Arten der Triebchicksale behandelt¹. 1. *Die Verkehrung ins Gegenteil*, d. h. die Wendung eines Triebes von der Aktivität zur Passivität und die inhaltliche Verkehrung des Liebens in ein Hassen. 2. *Die Wendung gegen die eigene Person*, d. h. den Masochismus. 3. *Die Verdrängung*. 4. *Die Sublimierung*.

Die Schicksalsanalyse hat diese vier Arten der Triebchicksale restlos in ihr System aufgenommen. Sie blieb aber hierbei nicht stehen, sondern erweiterte die Analyse des Schicksals in die bereits erwähnten sechs Richtungen. So wurden die Analyse 1. des Erb-Schicksals, 2. des Trieb- und Affekt-Schicksals, 3. des Sozial-Schicksals, 4. des Denk-Schicksals, 5. des Ich-Schicksals und 6. des Geistes-Schicksals, d. h. die Analyse der Glaubensfunktion – die Stufen oder Phasen einer analytischen Behandlung, die dann zum Schluß die Integration der Teilschicksale in ein bewußt gewähltes Ganzschicksal erstrebt.

Bei der Aufteilung der Triebchicksale hat S. FREUD die Mitwirkung des Ichs in ihrer Entstehung entdeckt. Er war aber noch derart im Banne der Triebchicksale befangen, daß er die Rolle des Ichs im Schicksale des Einzelnen nur auf eine «Abwehrtätigkeit» gegen die Triebe reduzierte. «Mit Rücksicht auf Motive, welche einer direkten Fortsetzung der Triebe entgegenwirken» – schreibt er –, «kann man die Triebchicksale auch als Arten der Abwehr gegen die Triebe darstellen².»

¹ FREUD, S.: Triebe und Triebchicksale. *Metapsychologie*. Ges. Schr., Bd. V, S. 452f.

² Ebenda: S. 482.

Eine andere Aussage FREUDS in bezug auf das Tribschicksal weist auf die Rolle des Ödipuskomplexes, d. h. auf die der Eltern im Schicksale des Einzelnen hin. Sie lautet: «Die letzte Gestalt dieser mit den Eltern beginnenden Reihe» (von Lehrern, Autoritäten, sozial anerkannten Helden usf.) «ist die dunkle Macht des Schicksals, welches erst die wenigsten von uns unpersönlich zu erfahren vermögen. Wenn der holländische Dichter MULTATULI¹ die *Μοῖρα* der Griechen durch das Götterpaar *Αόγος και Ἀνάγκη* ersetzt, so ist dagegen wenig einzuwenden; aber alle, die die Leitung des Weltgeschehens der Vorsehung, Gott oder Gott und Natur übertragen, erwecken den Verdacht, daß diese äußersten und fernsten Gewalten immer noch wie ein Elternpaar – mythologisch – empfinden und sich mit ihnen durch libidinöse Bindungen verknüpft glauben².» Für die Psychoanalyse ist also Schicksal praktisch gleichbedeutend mit dem Tribschicksal des Ödipuskomplexes. Dies gilt aber nur für die traumatischen Neurosen und auch da nicht ausschließlich.

Kapitel III

TRIEBANSPRÜCHE UND AHNENANSPRÜCHE

Zweiter Grundsatz: Unter *Tribsanspruch* versteht die Psychoanalyse das Endziel eines Triebes, d. h. die Befriedigung, zu der verschiedene Wege führen. Neben den Tribsansprüchen spielen aber in der *Scha* auch die latenten Ahnenansprüche eine ausschlaggebende Rolle.

Unter Ahnenanspruch versteht die Scha das Endziel einer Ahnenfigur, im Leben eines Abkömmlings in der gleichen Existenzform vollständig so zurückzukehren, wie sie in der Familiengeschichte einmal oder mehrmals schon erschienen war.

Ahnenansprüche sind demnach diejenigen ganzheitlichen familiär-spezifischen Existenzformen, welche im familiären Ubw der Nachkommen auf ihre Manifestierung warten, bzw. zu ihrer Erscheinung drängen. Als Beispiel erwähnen wir die schizophrene, die epileptische, die zirkuläre, die kriminelle Existenzform.

Tribsansprüche verweilen im Es, d. h. im persönlich verdrängten Ubw der Person. Sie repräsentieren nur ein einfaches Triebbedürfnis – wie z. B. den homoerotischen, perversen, inzestuösen Anspruch usf., *niemals aber eine ganzheitliche Existenzform*. Natürlich tragen auch die totalen Existenzformen ganz bestimmte Tribsansprüche in sich, man darf aber nie eine solche Existenzform durch einen Tribsanspruch ersetzen oder mit ihm verwechseln.

Die Frage der Pathogenese und der Ätiologie

Die Untersuchung zwischen Tribsanspruch und Ahnenanspruch führt uns zur Differenzierung zwischen *Pathogenese*, d. h. Krankengeschichte und *Ätiologie*, also Krankheitsursache.

¹ Ed. Douves Dekker, 1820–1887. Zit. nach S. FREUD, Bd. V, S. 384.

² FREUD, S.: Das ökonomische Problem des Masochismus. Ges. Schr., Bd. V, S. 384.

Dritter Grundsatz: Die Psychoanalyse hat die Grenzen zwischen Krankheitsentwicklung und Krankheitsursache zu wenig beachtet. Eine Entwicklungsgeschichte mit den einleuchtendsten Konstruktionen der Pathogenese darf niemals mit der ertümlichen Ursache einer Krankheit verwechselt werden.

Die Scha versuchte zu beweisen, daß «die seelische Situation», d. h. der verdrängte Triebanspruch, im persönlichen Ubw bei den konstitutionellen Fällen nur als unspezifischer Auslösefaktor einer Ahnenexistenz, eines Genotypus, aufgefaßt werden darf. Die eigentliche spezifische Ursache der seelischen Erkrankung und deren Formwahl ist bei den hereditären Fällen immer eine latente Ahnenfigur, also der familiär-spezifische Genotypus im familiären Ubw des Einzelnen.

Aus der Pars-pro-toto-Auffassung des Schicksals als Nur-Trieb-Schicksal folgte die bekannte allgemeine Stellungnahme der Psychoanalyse in bezug auf die Ätiologie der Neurosen, welche FREUD selber 1912 in folgender Form geprägt hat: «Die Psychoanalyse hat uns gemahnt, den unfruchtbaren Gegensatz von äußeren und inneren Momenten, von Schicksal und Konstitution, aufzugeben, und hat uns gelehrt, *die Verursachung* (sic!) *der neurotischen Erkrankungen* regelmäßig in einer bestimmten psychischen Situation zu finden, welche auf verschiedenen Wegen hergestellt werden kann¹.»

Eine Neurose soll also nach der Psychoanalyse durch eine «bestimmte seelische Situation verursacht» werden. Gegen die Behauptung «Verursachung» lehnt sich die Scha auf. Die Existenz eines Menschen ist stets mehr denn eine «psychische Situation». Auch eine Neurose oder Psychose ist stets mehr als die psychische Situation, die durch die Verdrängung eines prägenitalen, ödipalen, invertierten oder pervertierten Triebbedürfnisses entstanden ist. Natürlich leugnen wir nicht, daß eine bestimmte inzestuöse, ödipale Situation oder eine prägenitale pervertierte oder invertierte Triebssituation in der Entstehungsgeschichte einer hereditären Neurose und Psychose des öfteren «aufzufinden» ist. Wir leugnen aber die Behauptung, daß diese aufgefundene psychische Situation *die Ursache* der seelischen, insbesondere der hereditären Erkrankung sei. Denn in der Mehrzahl der Fälle führt dieselbe psychische Situation zu keiner Neurose oder Psychose. Als Ursache der Neurosen und Psychosen fand die Schicksalsanalyse des öfteren einen familiär-spezifischen Genotypus vor, der sich in der Familiengeschichte in der *gleichen Form* von Neurosen und Psychosen bereits schon mehrmals manifestiert hat wie bei dem Patienten.

Jede konstitutionelle Neurose und Psychose stellt eine zwangsläufige Wiederkehr einer schon dagewesenen Ahnenfigur dar, deren Neuerscheinung durch die persönlich erlebte Triebssituation nur erleichtert, vielleicht sogar ausgelöst, niemals aber verursacht wurde.

Diese Frage führt nicht nur zum Problem der Krankheitswahl im Sinne von S. FREUD, sondern ist unseres Erachtens eben *die ätiologische Frage* der Neurosen und Psychosen schlechthin.

Die ätiologische These der Scha lautet: Das Symptom, bzw. die seelische Krankheit, wird durch die familiär-spezifischen Genotypen und nicht von den unterdrückten Triebbedürfnissen, also durch die psychische Situation verursacht. Das will somit sagen: Das gleiche verdrängte Triebbedürfnis, die gleiche psy-

¹ FREUD, S.: Über neurotische Erkrankungstypen. Ges. Schr., Bd. V, S. 408.

chische Situation kann sich in verschiedenen Symptomen und Krankheitsbildern anzeigen, je nach der Art des Genotypus, der durch den aktuellen Triebkonflikt zur Manifestation gelangt. Man kann diese These auch umgekehrt formulieren: Das gleiche Symptom, die gleiche Neurose oder Psychose kann durch verschiedene Triebmechanismen, d. h. auf verschiedenen pathogenetischen Wegen zustandekommen. Der ätiologische Faktor aber ist stets der nämliche. Das heißt: Jede konstitutionelle Art von Neurosen und Psychosen wird durch den gleichen Genotypus im familiären Ubw bedingt.

*

Im folgenden versuchen wir auf Grund von vier Fällen die Richtigkeit der genannten These zu demonstrieren. Alle vier Personen lebten in der psychischen Situation einer manifesten oder nichtgelebten oder verdrängten Homosexualität. Die Erbanalyse zeigte aber, daß die in dieser psychischen Situation entstandenen Krankheiten durch die familiär-spezifischen Genotypen verursacht wurden. Die Homosexualität war nicht die Ursache der hereditären Ich-Veränderung, sondern nur ein Stück der ganzheitlichen paranoiden Existenzform.

Fall 1. Familiäre paranoide Schizophrenie und manifeste Homosexualität. Ein 43jähriger berufsloser Mann, ein Taugenichts, ist seit dem 16. Lebensjahr *aktiv homosexuell*. Er war und ist sowohl an die Mutter, im besonderen aber an die vier Jahre jüngere Schwester, inzestuös schwer gebunden. Diese – wie er selber sagt – «abnormale» Schwesternliebe war ihm bewußt, er küßte, umarmte sie sexuell-leidenschaftlich so oft er sie nur sah. Als Bedingung der Einwilligung zur Ehe der Schwester stellte er die Forderung, daß sie niemals Kinder in die Welt setzen dürfe. Denn das hieße, sie könnte diese Kinder mehr lieben als ihn. Die Schwester ist körperlich stark maskulin gebaut und auch seelisch männlich geartet. Ihr Körperbau lenkte den Patienten in der Wahl seiner homosexuellen Objekte, mit denen er sexuell kaum mehr erlebte als mit der Schwester. Das Genitale war für ihn unwichtig.

Nun geschah folgendes: Die Schwester berichtete vor kurzem den Eltern, bei denen der Proband immer noch ohne Berufstätigkeit lebt, daß sie einen Knaben zur Welt gebracht hat. Darauf reagierte der Patient mit einem massiven projektiven, paranoiden Tobsuchtsanfall. In seinem Eifersuchtswahn schickte er der Schwester einen Strick und einen Miniaturstrog für das Kind, beschimpfte sie wegen des Treubruches, produzierte Tobsuchtsanfälle, in denen er die beiden 72- und 69jährigen Eltern brutal schlug. Er entwickelte auf der Straße auch Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Der paranoide Schub war unmißverständlich.

In diesem Fall weist der Entwicklungsweg des projektiven Paranoids diejenigen Schritte auf, welche die Psychoanalyse für sein Entstehen als typisch erachtet: Inzestliebe, Homosexualität, Paranoia. Diesen Weg können wir als Pathogenese, d. h. als psychischen Entstehungsweg, nicht aber als Ätiologie annehmen. Als atypisch muß in diesem Fall die Tatsache aufgefaßt werden, daß die Homosexualität *manifest und somit bewußt war* und nicht verdrängt und unbewußt wie im Falle von S. FREUD. Die Frage ist somit die, ob man die Inzestliebe zur Mutter und Schwester und die manifeste Homosexualität als *Ursache des paranoiden Schubs*

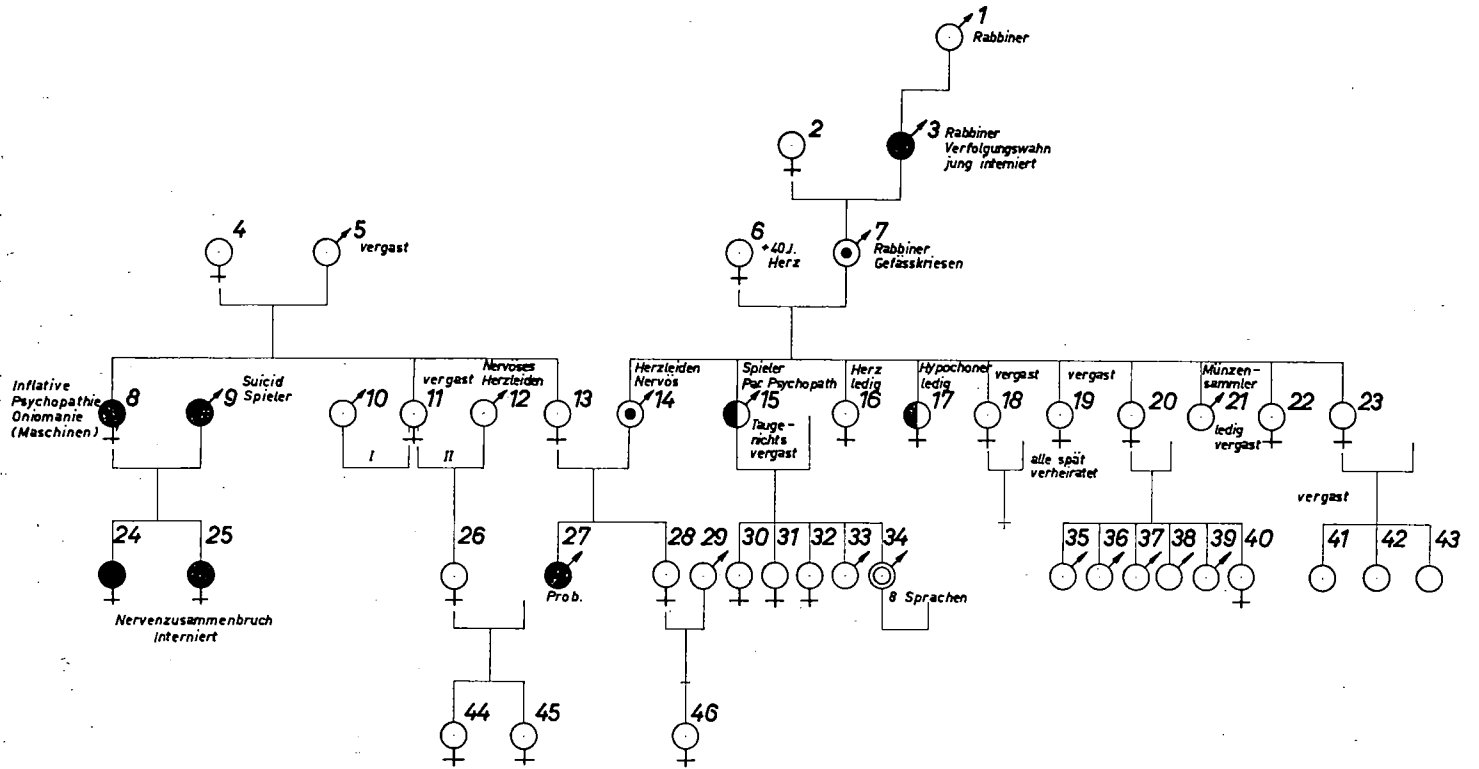


Abb. 2. Stammbaum zum Fall 1

auffassen darf. Um dies entscheiden zu können, machten wir – wie in allen Fällen – eine Erbanalyse. (Siehe Abb. 2.)

Aus diesem Stammbaum heben wir folgende Daten hervor:

Der Urgroßvater des Patienten, ein Rabbiner (3), wurde als junger Mann wegen *Verfolgungswahn* interniert. 2. Ein väterlicher Onkel war ein *inflativer*, paranoider Psychopath (15), ein Taugenichts wie der Proband selber und ein pathologischer Kartenspieler. 3. Eine mütterliche Tante (8) lebte ebenfalls ihr *größensinniges*, kaufsüchtiges (oniomanisches) Psychopathenschicksal bis zum Tode. 4. Zwei Basen mütterlicherseits wurden wegen «Nervenzusammenbruch» interniert (unbekannte Psychosen, 24, 25).

Die Vorführung dieser Ahnenfiguren genügt, um festzustellen, daß die paranoide Krankheit auf Grund eines familiär-spezifischen Genotypus zustande kam. Er reagierte auf den vermeintlichen Treubruch der Schwester mit der gleichen paranoiden Krankheit, wie die aufgezählten Vorfahren auf andersartige Konflikte sozialer Art reagierten. In diesem Fall war also die familiäre paranoide Ahnenfigur die spezifische Ursache der Erkrankung. Homosexualität und die Inzestliebe waren nur unspezifische Auslösefaktoren. Obwohl der Patient die Homosexualität *bewußt* auslebte, wurde er dennoch paranoid.

Fall 2. Familiärer Größenwahn und latente Homosexualität. Eine 25jährige Medizinstudentin meldete sich bei mir zur Schicksalsanalyse, da sie Psychotherapeutin werden will. Als einziges Symptom gab sie eine allergische Überempfindlichkeit der Schleimhäute an. In der Analyse entpuppte sich sehr bald ein starkes *inflatives Paranoid mit Megalomanie*. Die Inhalte dieser egodiastolischen Ideen, Tagträumereien und Phantasien sind stets die gleichen: Sie fühlt in sich eine außerordentliche Begabung zur Psychotherapie, spricht in der Stunde davon, wie sie eine Reihe «ihrer Patienten» mit glänzendem Erfolg «geheilt» habe. Vor dem Einschlafen im Bett erlebt sie in der Phantasie «therapeutische Stunden», in denen der zumeist depressiv-suizidale Patient jämmerlich klagt und weint, sie richtet an ihn religiöse Sätze und heilt ihn. Diese Phantasieerlebnisse entzücken sie stets. Im besonderen spricht sie viel über eine depressive Englischlehrerin, die sie wöchentlich mehrmals aufsuchte und nach ihrer eigenen Methode monatelang «behandelte», bis endlich die Familie der Sprachlehrerin diese Art von Behandlung verbot.

Die *psychoanalytische Phase* dieser Patientin dauerte sehr lange, denn sie brachte erst nach mehr als 300 Träumen einen Traum, und zwar den ihrer Patientin, der endlich die verdrängten beiderseitigen lesbischen Beziehungen aufdeckte. Die Bewußtwerdung der lesbischen Ansprüche brachte anfänglich gar keine Besserung. Die Umkehr stellte sich erst bei der Konfrontierung mit den paranoid-inflativen Ahnen ein. Danach verliebte sie sich in einen Mann. Parallel damit flaute die Inflation nach und nach ab. Sie wurde eher gehemmt.

Die Frage des Schicksalsanalytikers war auch in diesem Fall: Warum entwickelt diese junge Medizinerin in ihrer psychischen Situation, d. h. in der Verdrängung der lesbischen Liebe, gerade ein *inflatives Paranoid* und keine andere Art von Neurose oder Psychose? Die Erbanalyse deckte folgendes auf: (Siehe Abb. 3.)

1. Der väterliche Großvater (12), ein inflativer Paranoiker, erkrankte am Problem des Perpetuum mobile und mußte interniert werden. 2. Ein Bruder dieses paranoiden Großvaters (8) litt an *Religionswahn*. 3. Schwester der Großmutter (13),

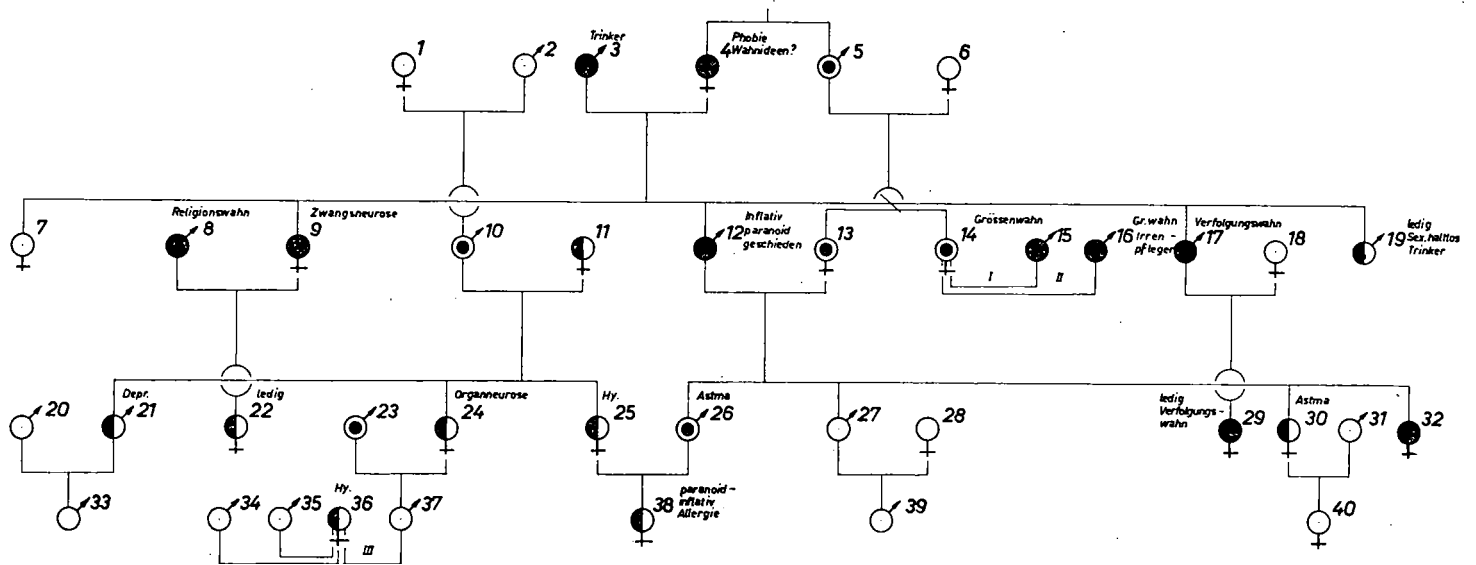


Abb. 3. Stammbaum zum Fall 2

also die Frau des inflativen Paranoikers, heiratete zweimal: beide Männer (15 und 16) waren *größenwahnsinnige Paranoide*. 4. Ein anderer Bruder des ominösen Großvaters litt an Verfolgungswahn (18). 5. Die Schwester des Vaters der Probandin lebt noch und ist projektiv und inflativ paranoid (29). 6. *Der Vater* (26) der Probandin leidet an *Asthma*. Er ist ein erfolgreicher Unternehmer von großem Stil, der sich aber sehr leicht beeinträchtigt und gekränkt fühlt und sich andauernd ärgert. 7. Eine Schwester des Vaters (30) und 8. eine mütterliche Cousine der Probandin (33) leiden ebenfalls an *Asthma*. 9. Bei der Probandin (38) finden wir – neben ihren paranoiden Inflationen – allergische Ekzeme (Anus-Vulva) und Schleimhautentzündungen (Hals, Blase). 10. Die Urgroßmutter (4) soll an einer Phobie, vermutlich mit Wahnideen, gelitten haben.

Unsere Probandin wiederholt somit das Schicksal ihrer Ahnen sowohl seelisch in Form des inflativen Paranoids wie auch körperlich in Form der Allergie der Schleimhäute. Die Unterdrückung der Homosexualität könnte zwar die Rolle eines Auslösefaktors spielen, sie ist aber dennoch nicht die «spezifische Ursache» der paranoiden Inflation, die ja in der Familie auch *ohne die Homosexualität* – auf Grund völlig andersartiger psychischer Situationen – achtmal bei vierzig Mitgliedern erschien.

Fall 3. Sadistische Perversion und latente Homosexualität. Der 32jährige Bankprokurist kam zu mir mit folgenden Beschwerden: 1. Tic facialis. 2. Kein Interesse für Frauen, hingegen findet er den männlichen Körper schön. Sexuelle Beziehungen hatte er weder mit Frauen noch mit Männern. 3. Onanie mit Phantasieren über Ringen mit starken, muskulösen Männern. Er verfertigt selbst Zeichnungen von ringenden nackten Männern, die er bei der Onanie als Reizbild benutzt. 4. Keine Beziehung zum Du, hingegen übertriebene Hilfsbereitschaft jungen Männern gegenüber, die er fürsorglich bemuttert. 5. Derzeit ist eine langjährige Freundschaft mit einem etwas jüngeren Mann zusammengebrochen, und Patient leidet furchtbar darunter.

Dieser Analysand entwickelte in der Analyse eine besondere Form von Agieren: anstatt sich zu erinnern, führte er lange philosophisch-moralisierende und religiöse Betrachtungen über das Wesen der innigen Freundschaft zwischen Männern, über Religion und Bibelauslegung, mit denen er fast die halbe, oft sogar die ganze Stunde ausfüllte. Wir hörten diese Betrachtungen völlig passiv über ein Jahr an. Inzwischen kam ein Traum, in dem der Analysand einer nicht ganz jungen Frau mit einer Spritze durch die Scheide ins Herz stach. Bei der Traumauslegung machte der Patient die Konstruktion, er müsse sich von den Frauen deshalb fernhalten, weil seine sexuelle Triebrichtung ihnen gegenüber *pervers-sadistisch* sei. Es folgen hernach mehrere Träume, die diese lustmörderische Gesinnung zu bestätigen scheinen. Inzwischen kehrt der Analysand zum verbalen Agieren mit den erwähnten Betrachtungen über Männerfreundschaften und Religion zwangsläufig immer wieder zurück. Er wiederholt seine Thesen fast stets mit den gleichen Worten. Von den homosexuellen Ansprüchen berichteten weder die Träume noch die Einfälle. Aus seiner Testserie wußte ich aber, daß er trotz den pervertierten Sadismen massive gleichgeschlechtliche Ansprüche in sich verdrängt. Der Sexual-Index des Patienten zeitigte nämlich typisch passiv-feminine homosexuelle Dur-Moll-Propotionen: 24,4% Dur zu 75,5 Moll-Reaktionen.

Das heißt somit: Er hegt verborgen drei Viertel so viel weibliche Ansprüche auf Männer als männliche Ansprüche auf Frauen. Trotzdem äußerte er über ein Jahr hindurch nie etwas über diese Tendenzen. Ich mußte somit weiter warten. Da kam der Traum Nr. 132.

«Ich war mit einem anderen Menschen zusammen, den ich aber als meinen Hund empfand. Er hatte einen hübschen Körper, und ich liebte ihn, indem ich seine Brust an mich drückte und ihn streichelte. Er ließ alles willig geschehen, ohne Zärtlichkeiten zu erwidern. Als ich ihn zum Schluß noch einmal umarmte, fuhr er mir mit einer Hand den ganzen Rücken hinunter. Es tat nicht weh, aber einen Moment später merkte ich, daß er mir mit einem ganz scharfen Instrument den Rücken aufgeschnitten hatte. Es blutete ziemlich stark.»

Er legt den Traum selbst als *Kastrationswunsch* aus. Bald folgt der Traum 144:

«In einem Spitalbett – es war, glaube ich, ein Militärspital – lag ein Athlet, von dem man sagte, er sei ein *mehrfacher Mörder*. Ich war Arzt und hatte den Auftrag, ihm eine Spritze mitten in die Brust zu verabreichen, die seinen Tod zur Folge haben sollte. Als ich ihm das Mittel einspritzen wollte, wurde ich gewahr, daß die Spritze leer war. Ich versuchte, die leere Spritze so weit hineinzudrücken, daß er daran zugrunde gehen würde, aber vergebens, sein Brustkorb widerstand diesem Druck. Im Auge des Patienten – oder Verurteilten – glomm etwas auf, eine Art von Hoffnung, vielleicht doch mit dem Leben davonzukommen.»

In diesem Traum will er wieder jemanden mit einer Spritze töten, sein Opfer ist aber nicht eine Frau wie im Traum 132, sondern *schon ein Mann*. Traum 149:

«Ich war im Begriffe, mein Haus zu betreten, als ich aus dem Keller ein Geräusch vernahm, wie wenn sich jemand Fremder dort bewegte. Ich erschrak furchtbar.»

Er bemerkt spontan, daß in seinem Ubw nun etwas Fremdes sich zu bewegen beginnt. Was aber? Das kann er nicht sagen. Nun bringt er den Traum 152 mit folgendem Text (wir bringen nur den ersten Teil). Traum 152:

«Mit meinem Freund X zusammen war ich in einem Ferienhäuschen in der Nähe eines Strandes. Ich hatte öfters Streit mit ihm, und *eines Tages brachte ich ihn im Streite um*. Dies war mir ganz fürchterlich. Ich fand überhaupt keine Ruhe mehr. X war mit Y verheiratet, der ich kaum unter die Augen zu treten wagte und schließlich am Tage vor dem Begräbnis unter einem unendlichen Tränenstrom Abbitte leistete. Mein Gedanke war ständig: Was gäbe ich darum, X wieder lebendig zu machen. Auch meiner Mutter gegenüber kam es zu einer Verzweigungsszene, bei der ich mich das elendeste Geschöpf Gottes nannte.»

Die Vorgeschichte dieses Traumes war für seine Entstehung ausschlaggebend. Sein Freund X hatte nämlich geheiratet, zog von A . . . weg.

Zu Beginn der Traumauslegung assoziiert der Proband überhaupt nicht, sondern beginnt wieder das stereotype Agieren. Er spricht über Klarheit und Sauberkeit, über Sorgen und Last in der Freundschaft, über religiöse Hilfe, Gnade usw. In dieser (110.) Stunde habe ich mich zum *Gegenagieren* entschlossen. Als Methode wählte ich die *echolalische* Methode und wiederholte rasch jedes Wort, die dem Analysanden einfiel, als ob ich sein Echo wäre. Ich exponierte das Wort «Strand». Er: «See.» Ich: «See.» Er: «Weite Fläche.» Ich: «Weite Fläche.» Er: «Schöner Blick.» Ich: «Schöner Blick», und so wurden alle Worte echolalisch wiederholt: Angenehm, angenehm; Ruhe, Ruhe; Erholung, Erholung; Spannung, Spannung; Sorge, Sorge; ungelöste Beziehung, ungelöste Beziehung; Last, Last; Lösung, Lösung; Erleichterung, Erleichterung; Klarheit, Klarheit; Sauberkeit, Sauberkeit; Fortschritt, Fortschritt; bessern, bessern; religiöse Hilfe, religiöse Hilfe; Gnade, Gnade; Geschenk, Geschenk; Sauberkeit, Sauberkeit; Mutter, Mutter; putzen, putzen; hoffnungslos, hoffnungslos; schade um die Mutter, schade um die Mutter . . . Und so geht das Gegenagieren wie ein Echo weiter. Plötzlich ändert er seine Assoziationen und gibt ein Geständnis ab. Beim Wort «Streit»

erzählt er über seine Eifersucht gegen die anderen jungen Leute, mit denen X gelegentlich sprach. Er betont, daß er nie auf Frauen, immer nur auf junge Männer eifersüchtig war, mit denen sein Freund in Kontakt stand, im besonderen wenn sie mit X über Religion diskutierten. Allmählich wurde der Analysand vom Freund völlig enttäuscht. Dieser sagte ihm, er fühle sich von ihm überfordert, worauf er erwiderte: «Ich gebe dich frei.» . . . Der endgültige Bruch kam, als X seine Braut kennengelernt hatte. Dies traf ihn schrecklich, und er setzt fort: «Darum brachte ich ihn im Traume um.» . . . «*Es war, wie wenn ich meinen liebsten Bruder umgebracht hätte.*» . . . Der «*Brudermord*» erinnerte ihn an die Geschichte seiner Ahnen. Im Jahre . . . hatten sich nämlich zwei Brüder, die sich innig geliebt hatten, am Hochzeitsmahl des einen von ihnen mit dem Dolch im Streit gegenseitig umgebracht. Dann fügt er noch hinzu: «Es war Eifersucht, so wie jetzt bei mir. Die anderen Freunde von X waren meine Rivalen, die Konkurrenten mit mir . . . (Pause). Ja, dann sind es ja *homosexuelle* Ansprüche!» Ich: «Na, endlich!» (Siehe die Fortsetzung der Analyse des Falles im Kapitel XXVIII.)

*

Dieses Beispiel demonstriert klar, wie wir die agierenden Wiederholungszwänge der Patienten mit der gleichen Waffe, mit der echolalischen Wiederholung aller Worte, die ihm einfallen, zerbrechen und das tief Verborgene zum Vorschein zu bringen vermögen.

Man kann die iterative und die echolalische Assoziationsform hammerschlagartig mit einem so raschen Tempo und einer so strengen und lauten Stimme benützen, daß der Patient völlig erschöpft jeglichen Widerstand aufgibt. Wir sprechen dann vom «Hammerschlag-Assoziationsverfahren» und von einer Psychoschock-Therapie¹. Die ursprüngliche Zielsetzung der Psychoschock-Therapie war, bei denjenigen Analysanden, die Konkurrenten einer Geisteskrankheit sind und die von diesen seelisch kranken Ahnen episodisch plötzlich überrumpelt werden, auf der Couch durch bekannte Reizworte des Traumes oder der Einfalls-kette die störenden kranken Ahnen durch den Patienten *erleben* zu lassen, sie bewußtseinsfähig zu machen und einen Weg zu finden, wie man diese kranken Ahnenansprüche sozialisiert befriedigen kann.²

*

Im Fall 3 erscheint somit auf der Vorderbühne eine *sadistische* Perversion, während sich die verdrängte Homosexualität in den Hintergrund zurückzog. Nach Auffassung der Psychoanalyse würde man hier von einer Verkehrung der Passivität in den perversen Sadismus sprechen. Wir fragen aber, warum im Fall 3 die verdrängte Homosexualität nicht – wie in den Fällen 1 und 2 – mit einem inflativen oder projektiven Paranoid, sondern eben mit einer sadistischen Perversion abgewehrt wurde. Die Familiengeschichte und die Einfälle des Patienten weisen darauf hin, daß in ihm die Mörder- und Brudermörder-Ahnenfiguren zurückkehrten und sowohl seine Onaniephantasien wie seine Träume und Einfälle bedingten. (Vgl. hierzu Abb. 17, Stammbaum zum Fall 3.)

¹ Die Erörterung der Methode siehe im Kapitel. XVI.

² SZONDI, L.: Die Anwendung der Psychoschock-Therapie in der Psychoanalyse. Acta Psychotherapeutica, Basel-New York, Vol. V, Fasc. 1, 1957.

Der vierte Fall soll uns demonstrieren, wie die verdrängte lesbische Liebe einer Mutter zu ihrer Tochter in einer Familie *dreimal in drei aufeinanderfolgenden Generationen* immer wieder zuerst in der gleichen Form von *Zwangsneurose* und *Angsthysterie* sich entfaltet und nach dem Zusammenbruch der Zwangsneurose das ürtümliche familiäre Paranoid auf der Vorderbühne die Hauptrolle übernahm.

Fall 4. Zwangsneurose und latente Homosexualität mit Größenwahn. Die 46jährige Malerin suchte mich wegen folgenden Beschwerden auf:

I. *Symptome:* 1. *Tötungszwangsgedanken*, die kurz nach der Geburt der jetzt achtjährigen Tochter aufgetreten sind. Sie wird von dem unmenschlichen, sinnlosen Drang bewältigt, *sie müsse die Tochter, die in der Wiege lag, erwürgen.* – Diese Zwangsgedanken quälen sie immer gewaltiger, besonders wenn ihr Mann verweist und sie gezwungen ist, mit dem Kind allein in der Wohnung zu bleiben. Für die Nacht mußte sie jemanden ersuchen, mit dem Kinde zu schlafen.

Neben diesen Tötungszwangsgedanken, welche die Note einer unechten Thanatomanie trugen, litt die Frau noch an 2. *Platzängsten*, 3. *Todesängsten* und 4. *Gleichgewichtsstörungen.*

Die Platz- und Todesängste traten zum erstenmal auf, als sie mit ihrem jetzigen, dem *dritten* Mann, die Hochzeitsreise angetreten hatte, die Gleichgewichtsstörungen, als ihr zweiter Gatte starb.

Betrachten wir dieses Bündel von Symptomen, so müssen wir an die Fälle denken, in denen eine *Angsthysterie mit Zwangsgedanken* gekoppelt auftritt.

Das Initialprofil des Triebtestes hingegen mahnte uns, daß es sich in diesem Fall um weit mehr handelte als um eine Übertragungsneurose. Das Profil zeigte ernste Merkmale einer *paranoiden Ich-Störung* und Kontaktlosigkeit mit Verdrängung der homoerotischen Liebe und Aufstauung der Aggression.

Zu Beginn der Analyse standen zwar die neurotischen Symptome im Vordergrund, aber im Laufe der Zeit mußte ich feststellen, daß das Initialprofil die seelische Zukunft vorausgesagt hatte.

Die erste Periode, die der klassischen Psychoanalyse, dauerte etwa 4 Monate. *Die zweite Periode* war eine sogenannte «*Einstellungstherapie*», ohne Couch und ohne Traumdeutung, wöchentlich 1½, später zweiwöchentlich 1½ Stunden, zuletzt monatlich eine Stunde. Dazwischen gab es eine etwa 3 Monate dauernde *dritte Phase*, in der die Patientin wegen eines *paranoiden Schubs mit Wahnworstellungen ambulanter eine Largactil-Kur bekam.*

II. *Die Geschichte der Probandin:* Patientin wuchs in einer wohlhabenden Kaufmannsfamilie in Deutschland zusammen mit einer etwas älteren Schwester auf. Die Ehe der Eltern wurde durch den narzißtischen Charakter, später durch die seelische Erkrankung der Mutter (vom 42. bis etwa zum 70. Jahr), *eine andauernde paranoide Depression mit Versündigungswahnideen*, beschattet.

Die Mutter – ein verwöhntes Einzelkind – war zur Zeit der Kindheit unserer Patientin eine *egoistische, rücksichtslose, hochmütige, eingebildete, ungerechte, brutale Frau, die ihre zwei Töchter blau und grün schlug*, ein Erlebnis, das sowohl die wirklichen libidotropen Beziehungen wie auch den sadomasochistischen Charakter der Patientin – neben dem Erbe – entscheidend beeinflußt hat. Die Mutter liebte und bevorzugte die ältere Schwester, brachte ihr im geheimen Patisserien und gebratene Hühnchen nach Hause, wovon unsere Patientin nichts bekam. *Sie haßte die*

Mutter, weil sie so destruktiv und eigenmächtig war. Sie sagte immer wieder: «Ihr Töchter seid verpflichtet, mich – als Mutter – zu ehren.» Patientin stand dauernd unter dem stummen Druck dieser narzißtischen Mutter. Aus dieser traurigen Situation wurde sie nur durch ihre sich früh meldende Begabung, zu zeichnen und zu malen, gerettet. Schon mit 8–9 Jahren bekam sie Zeichenstunden, allerdings von einer harten und strengen Malerin. Diese hielt sie für ein Wunderkind, sagte ihr aber nichts davon, sondern quälte sie mit Abwertung ihrer Leistungen und sogar mit Schlägen – genau wie die Mutter. So kam sie aus dem Regen in die Traufe.

Mit den Jahren wurde die Mutter immer stärker *depressiv, jammerte den ganzen Tag* und wurde zu Beginn des Klimakteriums (42 J.) völlig passiv, eingeschlossen in ihrem krankhaften, narzißtisch-depressiven Ich-Bunker. Sie glaubte, sie müsse büßen, weil sie gestohlen hatte, weil sie zu ihrer Tante ungerecht gewesen war usw. und kümmerte sich nicht um Mann und Töchter. Unsere Patientin war damals 14 Jahre alt.

Der Vater, Farben- und Lack-Grossist, war, von dem Drang nach Geld getrieben, groß im Geschäft, daheim ein Pantoffelheld, der sich von der aggressiven Frau völlig beherrschen ließ. Mit diesem passiophilen, opportunistischen Vater identifizierte sie sich in der Jugend; sie half ihm im Geschäft und entwickelte einen außerordentlichen scharfen geschäftlichen Sinn. Erst zu Ende der Pubertät erwachten in ihr auch idealistische Neigungen, im besonderen auf Grund der Bücher von Albert Schweitzer. *Sie wollte eine außerordentliche Malerin werden und durch große Kunstwerke der Menschheit helfen.* Gleichzeitig mit diesem Idealismus entwickelte sie eine merkwürdige *Passiophilie*, sie wollte sich *aufopfern für die Familie und für die Menschheit.* Das Hauptziel ihres Lebens wurde *das Leiden.* Es war nicht schwer, ihr zu beweisen, daß ihr Masochismus ein Ersatz für die Aggression und fehlende Liebe zur Mutter war. Denn sie hegte in der Tat grausige Todeswünsche gegen sie, phantasierte über grausamste Gewalttätigkeiten und fühlte deswegen eine unerträgliche Schuld, für die sie büßen wollte. Es ist verständlich, daß sich somit beide Töchter vor der aggressiven und depressiven, egoistischen Mutter so rasch als möglich in den Hafen einer Ehe flüchteten. Zuerst die Schwester, dann die Patientin.

Ihre *erste Ehe* schloß sie mit 21 Jahren. Dieser erste Mann, ein Anwalt und Privatdozent der Jurisprudenz, *hat sie nie begattet.* Als Ursache teilte er ihr mit, daß er durch seine anormale Kurzsichtigkeit eine Netzhautablösung habe, und der Arzt hätte ihm den Beischlaf – wegen der Erblindungsgefahr – verboten.

Als Hitler 1933 zur Macht kam, wurde diese erste Ehe nach 2 Jahren gelöst, da ihr Mann Arier, sie aber Jüdin war. Patientin ging nach Belgien, wurde Erzieherin zweier Kinder bei einem nierenkranken, alten, reichen Kaufmann. Dieser wurde ihr zweiter Gatte.

Die *zweite Ehe* dauerte 2½ Jahre. Dieser Mann konnte sie auch nur teilweise deflorieren, da er einerseits ein zu kleines Glied hatte und andererseits wegen einem fortschreitenden Nierenschwund sie in den weiteren 1½ Jahren nur mit dem Finger berührte. Sie pflegte den Mann aufopfernd bis zu seinem Tode, sorgte aber dafür, daß er auf dem Sterbebett sein Testament zu ihren Gunsten umänderte. Dies war auch eine Tat, für die sie später büßen mußte. Nachher rettete sie mit einem unglaublichen Mut die zwei Kinder vor Hitler nach Venezuela, wo sie eine fürsorgliche, wohlherziehende Mutter ihrer zwei Stiefkinder wurde.

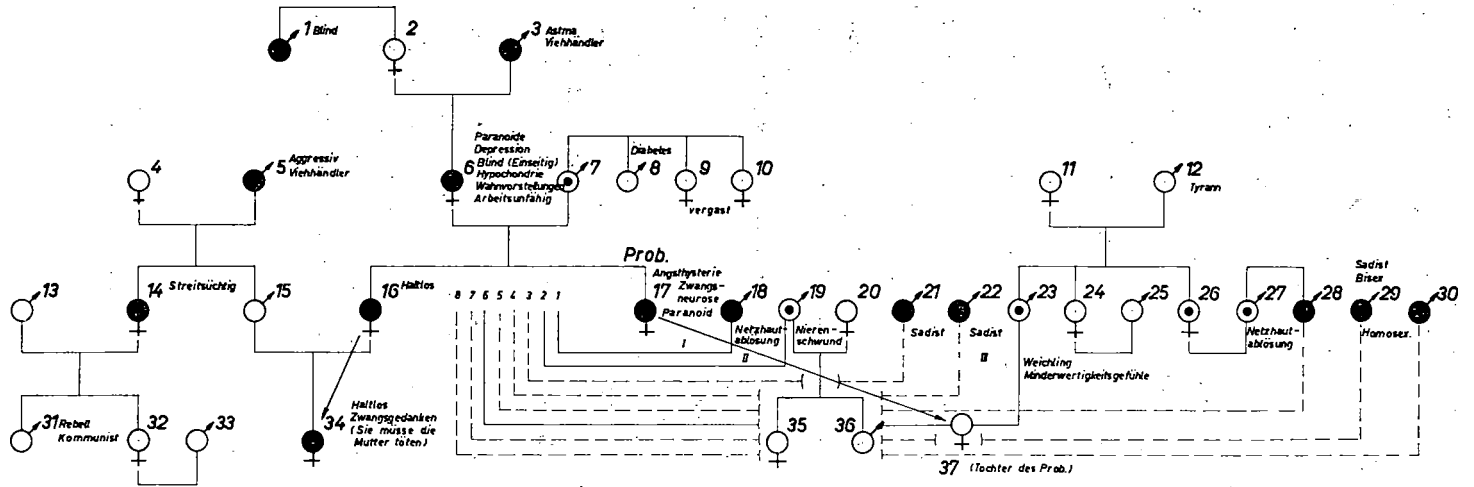


Abb. 4. Stammbaum zum Fall 4

In Venezuela kam dann ihre plötzliche Umdrehung: Es regte sich in ihr *die lustsuchende Frau*. Sie sagte sich: «Ich will fortan *haben* und nicht immer *geben*.» Bisher war sie Mutter und Vater ihrer Stiefkinder gewesen, jetzt wollte sie eine genießende Frau sein und frei lieben.

Ihre erste illegitime Beziehung verband sie mit einem Antiquitätenhändler, der sie sexuell faszinierte; sie wurde ihm wie ein Hund hörig. Dieser Geliebte war ein *Sadist*, der ihr schon nach dem ersten Beischlaf – nach der wirklichen Defloration – lusterregend erzählte, *er hätte einen Mann auf der Straße mit Absicht totgefahren. Oft hatte sie den Wunsch, von diesem Mann getötet zu werden*. Seine Aggression machte sie zu einer passiophilen Masochistin. Er quälte sie mit Worten und Erniedrigungen fast zu Tode. Nach einer dieser Qualszenen lief sie von ihm weg, und auf der Straße «läßt sie sich» von einem Wagen überfahren. Durch eine schwere Operation konnte man sie retten. Trotzdem kehrt sie vom Spital zu ihrem Quäler zurück. Erst nach 2 Jahren löst sie sich, um zum *vierten Mann* zu gelangen, der aber – wie der dritte – ebenfalls ein *Sadist* war, der stets 5–6 Hunde sadistisch «erzog». Er quälte sie auch damit, daß er neben ihr noch zwei andere Frauen liebte.

Und nun wurde sie sich nach all diesen Qualen dessen bewußt, daß diese sado-masochistischen Liebeleien sie seelisch und auch gesellschaftlich zugrunde richten würden. Sie entschloß sich zu einer dritten Ehe. Es tauchten gleichzeitig zwei Männer auf, die sie heiraten wollten. Die zwei Männer waren (Abb. 4. Stammbaum zum Fall 4, 23 und 28) verschwägert, indem der eine Freier der Schwager der Schwester des zweiten war. Die Wahl war für die Patientin schwer, weil sie zu keinem der beiden Männer Liebe fühlte. So ließ sie sich vom Opportunismus führen. Sie suchte Hilfe bei einer Psychoanalytikerin, die ihr den Rat gab, den Mann Nr. 23 zu heiraten, weil der andere (28) an *dem gleichen Augenleiden*, an Netzhautablösung durch enorme Kurzsichtigkeit, litt wie ihr erster Gatte und auch ihre Mutter (6). Auf diese Weise entstand nun die *dritte Ehe* mit ihrem jetzigen Mann. (Siehe Abb. 4.)

Schon auf der Hochzeitsreise mußte sie für diese opportunistische Vernunft-ehe mit einer *hysteriformen Angstneurose: mit Platz- und Todesangst*, ihre Buße bezahlen. Diese Ehe war ihr eigentlicher Kalvarienberg. Sie bekam eine reizende Tochter, und als sie sie in der Wiege betrachtete, drangen ihr überwältigende *Zwangsgedanken* ins Bewußtsein: sie müsse das reizende Kind erwürgen. Diese Erwürgungsgedanken trug sie Jahre hindurch mit sich herum. Wir erwähnten bereits, daß sie unfähig war, allein im Schlafzimmer oder in der Wohnung mit der Tochter zu bleiben. Sie traute sich nie, die Tochter zu küssen, sie körperlich zärtlich an sich zu drücken. Trotzdem war die Ehe formell in Ordnung. Ihr Mann, ein von seinem tyrannischen Vater völlig *versklavter* Sohn, suchte bei ihr Stütze und Halt. Sie stand ihm mit Rat und Tat auch in seinen komplizierten großen Geschäften bei. Als sie nun die Herrschaft ihrer Tötungszwangsgedanken nicht weiter zu ertragen vermochte, entschloß sie sich 1955, zu mir in die Analyse zu kommen.

III. *Die Ergebnisse der klassischen Psychoanalyse*. Die ersten zwei Initialträume decken schon die verborgenen seelischen Probleme der Patientin auf.

Der erste Traum lautet:

«Ich war in einer Gesellschaft, und plötzlich höre ich meine Mutter über Menschenfreude und Menschenleid singen. Ich sage zu ihr: ‚Mutter, ich wußte nicht, daß du eine so große Künstlerin bist!‘»

Zu diesem Traum erzählte die Patientin: «Ich habe meine Mutter verkannt. Hatte früher Aggressionsträume gegen sie gehabt. Sie war wahnsinnig egoistisch, aber willensstark. War krankhaft eingebildet, und dennoch hatte sie Minderwertigkeitsgefühle. Ewig jammerte sie und wurde erst nach ihrem 70. Geburtstag fröhlicher.» Dann erzählte sie, daß die Cousine ihrer Mutter eine grosse Sängerin war. *Die künstlerische Begabung kommt bei mir doch von der Mutter wie auch der Drang, sich zu äußern, etwas aus sich herauszugeben, was groß und außerordentlich ist und der Menschheit dient.* Hier, in diesem ersten Traum wird somit schon ihr maßloser, krankhafter Drang nach Egodiastole, «*Groß-Sein*», «*Berühmt-Sein*», die *Erste-Sein* angekündigt, ein Bedürfnis, das sie später in der Tat psychotisch gemacht hat und in das *inflativ Paranoid* stürzte. Das Singen über *Freude* und *Leiden* ist eine Konfrontation mit der pathologisch gesteigerten Tendenz zum *Eros* und *Thanatos*. Darüber sagte ich ihr aber nichts.

Der zweite Traum weist unmißverständlich auf die seelische *hermaphroditische Geschlechtsstruktur* der Patientin hin. Er lautet:

«Ich besuchte eine Dame, und die war nicht daheim. Ich ging in ihr Zimmer und nahm ihren Flügel, ihren roten Hut und ihre Hautcreme mit und ging dann fort. Dabei sagte ich zu mir: ‚Das sollte ich nicht tun – ich will ja *nur ihren Hut kopieren*. Ich werde ihr morgen Blumen schicken.‘»

Aus der langen Einfallskette halte ich folgende Assoziationen für wichtig: Ich: «Hut.» Sie: «*Er war rot, hatte zwei abstehende Schleifen*, wie Eselohren. (Siehe Abb. 5.) Im Traum sagte ich mir: ‚*den Hut will ich kopieren, aber die Schleife nicht.*‘» Dann spricht sie plötzlich von einer Lehrerin, für die sie mit 13 Jahren geschwärmt hat. Unerwartet setzt sie fort: «*Auch meine Tochter hat mich – schon als sie in der Wiege lag – sexuell erregt. Meine Aggressionen –* setzt sie fort – *stehen an Stelle der sexuellen Liebe.* Ich dachte, ich würde sterben, wenn meine Tochter stirbt.» . . . – Ich: «Der rote Hut.» Sie: «Es war etwas Leuchtendes, ins Auge Fallendes, *Hervorstechendes.*» Ich: «*Hervorstechendes.*» Sie: «Sich unterscheiden.» Ich: «Sich unterscheiden.» Sie: «Von anderen . . . Der Hut hatte eine hohe Form, wie ein Zylinder.» (Da zeichnet sie mir spontan den Hut mit den Schleifen.) Ich: «Zylinder.» Sie: «Mächtig, imposant, wie ein Thron, majestätisch, *ein Gebilde . . . es hat etwas verkörpert . . .* und hatte Macht . . .»

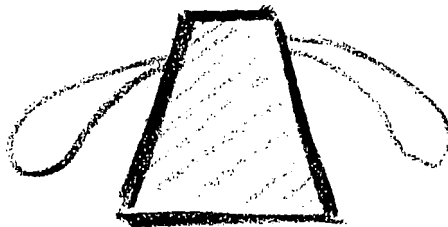


Abb. 5. Zeichnung eines Traumsymbols

Ich: «Zylinderhut.» Sie: «Er war ganz steif . . . ja, der Hut hatte ein männliches Gefühl (sic!) . . . *Meine Mutter wäre besser ein Mann geworden.*» Ich: «Ein männliches Gefühl.» Sie: «*Aber es war auch weiblich.* Die Schleifen waren weiblich. Ja, was kann es sein? Mein Anspruch an das Leben? *So wäre ich also?*» Ich: «Wie?» Sie: «So kokett . . . Mich störten die Linien des Gebildes: *das Glied (sic!) umgibt sich mit Sachen, die ihm nicht passen . . .* Die Schleifen haben den Hut lächerlich gemacht. . . . Ach, es ist schrecklich, was für Sachen da herauskommen! . . . Die Schleifen machen den Hut anormal . . . Blödsinnig! . . . In der zweiten Ehe hatte ich die Verantwortung, dann war ich glücklich. Nun aber wollte ich *diese Männlichkeit (den Hut) töten* und setzte meinen dritten Mann an diese Stelle. Ich selbst wollte sterben; *ließ meine Männlichkeit töten, und da ich so, ohne die Männlichkeit, unglücklich bin, bilde ich Aggressionen und Depressionen . . .*»

*

Aus dieser Stelle der Einfälle ist die Tatsache erkenntlich, daß die Patientin eine *absolute, fast unheimliche Einsicht in die Vorgänge ihrer Krankheit besitzt*. Sie weiß 1. daß die reizende Tochter sie *sexuell erregt* hat; 2. daß die Aggressionen an Stelle der unnatürlichen Sexualansprüche zur Tochter getreten sind; 3. daß sie seelisch ein hermaphroditisches Wesen ist; 4. daß sie sich ein männliches Glied wünscht, aber die «Schleifen», d. h. die Labien, ihre Männlichkeit lächerlich machen; 5. daß sie deswegen ihre Männlichkeit, welche sie allein glücklich zu machen vermöchte, selbst *getötet* hat; 6. und endlich weiß sie, daß die Aggressions- und Tötungsgedanken wie auch ihre Depression nur die Folgen der abgetöteten Männlichkeit bzw. der unterdrückten männlichen Sexualansprüche sind.

Wir lernten von FREUD, daß präpsychotische oder psychotische Patienten eine überraschend intime Beziehung zu den Vorgängen des Ubw. aufrechtzuerhalten und ihre Träume mit vollständig richtiger, messerscharfer Logik zu deuten vermögen. Für den Analytiker ist diese Deutungsfähigkeit einfach erschreckend. So ging es auch mir. Ich vermied jegliche Konfrontierung, da ich sah, daß die Patientin ja alles weiß, was ihre Träume bedeuten, und da ich versuchen wollte, ihre Intimität mit dem Unbewußten eher zu dämmen als zu fördern. So schwieg ich weiter passiv. Trotz allem ist es mir nicht gelungen, das Geröll der Bewußtwerdung aufzuhalten.

Im *fünften Traum* gibt die Patientin ein erschreckendes Zustandsbild über ihre seelische Lage. Er lautet:

«Ein Baum wurde aufgehackt, und *innen lag das Skelett eines Mammes*, noch nicht allzu alt. Das Aufhacken geschah im Beisein einer Menschenmenge.»

Zu diesem Traum erzählte sie mir, daß sie als Kind oft zum Metzger gegangen ist; da war ein Raum, und sie glaubte, daß da ein Mann mit nacktem Popo sitzt. Bis zur ersten Ehe hat sie nie das männliche Glied gesehen, und als sie es sah, erschrak sie fürchterlich. Sie wollte mit dem Glied nichts zu tun haben. Von ihren Einfällen sollen hier folgende stehen:

Ich: «*Aufhacken.*» Sie: «Der Ast wurde aufgehackt . . . meine Sexualität . . . *Ich will untersuchen, wie ein Penis innerlich aussieht.*» (Also Ast = Penis.) Ich: «*Aufhacken.*» Sie: «Meine Schuldgefühle werden aufgehackt, ich gab nicht, was ich geben sollte . . .» Ich exponiere noch dreimal «*Aufhacken.*». Sie: «Der Baum öffnet sich, der Mensch öffnet sich. Ich glaube, daß *im Baum mein abgetötetes Ich liegt.* Nach

außen bin ich lebend, aber innerlich tot. Der Traum präsentiert nur mein totes Ich.» Ich: «Das Skelett.» Sie: «*Ich mußte mich töten, weil ich schlecht war.* Ich habe mit meinen Erfolgen (bei den Männern) anderen Leid angetan. Ich schämte mich deswegen, schränkte mich ein und *tötete meine Erotik.* So ist es heute noch. Wenn ich mich sexuell freue, frage ich: Habe ich das Recht dazu?» Ich: «Was Sie als Schuld empfinden, ist ja – wie Sie bereits selbst sagten – die *männliche* Sexualität, Ihr Anspruch auf den ‚Hut‘ ohne Schleifen, ohne Weiblichkeit.» Sie: «*Ja – Vergewaltigungsvorstellungen reizen mich sehr.* Ich habe fast tausend solche Bücher gelesen zwischen 12–20 Jahren. *Die brutale Vergewaltigung reizt mich,* wobei ich aber passiv war. *Mich reizt – in der Phantasie – der Verkehr mit Hunden,* da war ich stets die Hündin. Mich reizte, als ich mit 7 Jahren den Coitus der Eltern erlebte, die Hingabe. *Immer reizt mich die brutale Atmosphäre des Partners.* Mein ganzes Verschulden ist durch die sexuellen Ansprüche hervorgerufen.» Ich: «Darum suchten Sie sich sadistische Männer.» Sie: «*Ich war dabei die ‚Hündin‘. Etwas Unterlegenes, Charakterloses, Ichloses, Willenloses, ein Triebwesen ohne Willen. Das war ich . . . aus Schuld, weil ich vom ersten Mann weggelaufen bin . . . aus finanziellen Gründen;* weil mich die Mutter verflucht hat, wenn ich mit einem Mann was anfangte; weil ich den Frauen ihre Männer wegnahm; weil ich der Tochter gegenüber Schuld hege; man könnte ihr ja sagen, was für ein Leben ich geführt habe. Ich wollte meiner Tochter eine ethisch hochstehende Heilige in mir präsentieren. Ich will alle meine Sünden in einem Buch niederlegen und es meiner Tochter geben, damit sie, wenn sie groß wird, nicht dasselbe macht, wie ihre Mutter. (Hier fing sie an, fürchterlich zu weinen.) Ich: «Skelett.» Sie: «Ich verdrängte die *Weiblichkeit* und lebte wie ein Mann.» Ich: «Also, dann ist nicht der Mann, sondern die Frau in Ihnen tot? Oder beide?» Sie: «Die Frau wollte ich aus Selbstbestrafung abtöten. Ich wollte sühnen für unsere Schuld beim ersten Mann. Darum wollte ich nur Mutter meiner zwei Stiefkinder werden . . .»

*

Nach dieser Stunde fühlte sie sich entsetzlich elend; sie war zerschlagen, völlig unfähig zu allem. . . *Mir haben ihre Einfälle gezeigt, daß sie das Schicksal der Mutter mit dem Versündigungswahn zu wiederholen begann. Dies sagte ich ihr damals noch nicht.* Nach einem Jahr, nach ihrem Schub, hat die Patientin es mir dann spontan selbst gesagt: «*Ich weiß, daß ich so krank bin, wie meine Mutter war. . .*»

Nun kommen wir zu dem ausschlaggebendsten Traum Nr. 18. Er lautet:

«Ich lag und hatte ein Kind im rechten Arm. *Ich hatte das Gefühl, ich erdrücke es,* hatte Angst, aber . . . das Kind hat sich freigemacht.»

Auszüge aus den Einfällen:

Ich: «Ein Kind im rechten Arm.» Sie: «Meine Tochter . . . ich halte sie lieb, daß sie sich geborgen fühlt . . . oft schaue ich sie an . . . man sagt, das Kind am Arm erweckt in der Mutter sexuelle Ansprüche. . . Für mich ist es ein Entzücken, eine Sensation, ein Ereignis. . . *Ich habe meine Tochter 5 Jahre hindurch nicht im Arm gehalten,* habe nur auf sie aufgepaßt. . . Immer glaubte ich, es passiere ihr etwas. Etwas stößt ihr zu. . . *Ich war sexuell erregt . . ., daß sie mich nackt berühren würde . . . am Körper. . . Ich wünschte, ihre Genitalien mit dem Finger zu berühren. . . Ich erschrecke, daß mein Kind bei mir eine größere Rolle einnimmt als mein Mann. Das ist es ja: das Kind ist mein Mann!* . . . Das Kind hat aber auch zu mir solche Regungen. . . Meine

Nichte (Nr. 34) hat bis zu ihrem 17. Lebensjahr mit der Mutter geschlafen, mit meiner Schwester. *Dann hatte das Mädchen Zwangsgedanken, daß sie die Mutter töten will.* Sie konnte keinen Mann ansehen! Sie will Psychologin werden. Sie hat mich zu Ihnen geschickt. Wie meine Tochter in der Wiege lag und ich sexuell erregt war, da nahm ich sie einmal in den Arm, aber das Kind hat sich aus der Umarmung herausgewunden. . . . *«Ich liebe mich in meiner Tochter. Sie hat enorm viel von mir.»*

*

In diesem Traum wird somit 1. das Erlebnis mit der Tochter reproduziert; 2. dies ist für die Analyse äußerst wichtig, denn die Patientin kommt zu der Einsicht, daß per analogiam – wie bei ihrer Nichte – auch bei ihr die *Tötungszwangsgedanken aus der unnatürlichen Liebe zur Tochter herstemmen*; 3. die erschütternde Bewußtwerdung dessen, daß ihre Schwester und deren Tochter in der nämlichen Liebesbeziehung lebten; 4. auch das Kind war sexuell erregt; 5. aber es hat sich aus dieser Art der Umarmung befreit; 6. sie liebt das Kind auf Grund ihres Narzißmus.

*

Die Reaktion dieser wichtigen Stunde war positiv. Sie kommt und sagt: *«Ich habe mich vom Kind abgetrennt. Das Kind ist nicht mehr mein Eigentum. Der behandelte Traum (Nr. 18) war meine Erlösung. Mein Narzißmus war so groß, daß ich meine Tochter mit meinem Namen genannt habe.»*

Es kommen ruhigere Wochen. Einmal sagte sie zu mir: *«Ich sehe jetzt, daß die Nabelschnur erst jetzt – in der Analyse – durchgeschnitten wurde. Ich habe mich in der Tat von der Tochter distanziert. Jetzt baue ich für mich und die Tochter für sich eine neue, separate Welt auf.»*

Später teilte sie mir mit: *«Mein Mann ist überglücklich. Es ist, wie wenn man ein Fenster einbricht und frische Luft ins Zimmer strömt.»* Dann: *«Ich fühle mich wunderbar. Das Harte und das Böse sind von mir abgefallen. Es ist vorbei. . .»*

Und nun kam in der Nacht darauf der Traum Nr. 24, wo ich zum erstenmal als Richter, d. h. als ihr Über-Ich, erscheine. Er lautet:

«Ich sah einen beleuchteten Tisch, daran saßen zwei Gestalten, Herren, als ob sie etwas schreiben oder lesen. Dann kamen Gestalten zu mir, die sich verabschiedeten, einer nach dem andern, mit einem furchtbaren Gelächter. Dann sollte ich auch zur Treppe. Wie ich zur Treppe kam, war sie ganz voll, einer stand hinter dem andern nach unten. Für mich war kein Platz mehr, ich sagte, ich bleibe oben.

Ich sah ein kleines Kind in meinem linken Arm. Auf einmal stand es auf und fing an, sein erstes unbeholfenes Schrittlchen zu machen. Ich war sehr glücklich, daß ich dieses Schrittlchen erleben durfte.

Man drückte mir einen Bleistift in die Hand, und auf einmal konnte ich vollendet malen. Ich sah mich, mit einem leidenden Gesicht, mit einem herrlichen Pelzmantel angetan und mit vielen Gestalten umgeben.»

Ihre Einfälle: Es wird über sie Gericht gehalten. Sie erlebt die Abtrennung und Verselbständigung der Tochter von der Mutter. Das Ubw gibt ihr *die Aufgabe, sie solle wieder malen.* – Das macht sie in der Tat.

*

Meine Freude dauerte leider nicht lange. Kurz nachher meldet sich schon der Rückfall. Sie sagt: *«Seit zwei Tagen habe ich Angst, verrückt zu werden. Ich erlebte, daß ich verheiratet bin. Mann und Kind stehen im Vordergrund. Ich verzichte und stelle mich in den Hintergrund. Beim Aufwachen fühlte ich eine Leere. Es fehlt mir immer noch die Aufgabe. Meine Symptome sind weg, aber ich liebte sie, sie sind*

Bestandteil meiner Person. . . Wäre es nicht besser gewesen, in dem Gefängnis meiner Zwänge zu bleiben? Ich muß mich so weit entwickeln, daß ich neben der Pflicht auch malen kann. 8 Jahre schaute ich nur die Tochter an und konnte gar nichts machen. Erst als ich mich gezwungen habe, zu malen, wurde alles besser, aber da kommt sofort die Pflicht für Mann und Kind. . .»

In der nächsten Sitzung meldet sie: «Es geht besser. *Ich habe mich vom Leben abgewendet.* Ich kann mir nicht vorstellen, daß man nicht gequält wird, daß man sich des Lebens freuen kann. . .» – Am selben Tag bringt sie den Traum Nr. 29:

«Eine Gestalt in Mönchskleidung näherte sich mir. Sie hielt ein offenes Buch in der Hand, ich wollte weglaufen. Er lief mir nach, durch Stühle hindurch, die in Reih und Glied standen, wie in einem Vortragssaal. Er holte mich ein und legte ein dickes, aufgeschlagenes Buch mit vielen Abbildungen vor mich hin.»

Ihre Assoziationen deckten klar ihre Größenideen, das inflative Paranoid, auf. Ich: «Offenes Buch.» Sie: «Der Mönch wollte mich überreden, überzeugen, ich wollte ihn aber nicht anhören. Er (der Analytiker) wollte mir das Buch des praktischen Lebens zeigen. . . Ich wollte aber dieses offene Leben nicht annehmen. . . Ich wurde so erzogen von der Zeichenlehrerin, *etwas Außerordentliches zu leisten. . .* Ich bin vor dem Mönch weggelaufen (d. h. vor dem Analytiker). Aber die Stühle waren mir im Wege. . . *Die ganze Zeit hindurch wartete ich darauf, eine große Malerin zu werden.* Dieser Anspruch hat mich in einer Schraube gehalten. Man kann nicht gleichzeitig als Frau und Mutter leben und eine große Malerin werden. Ich sehe jetzt meine Aufgabe!»

Der nächste Traum, Nr. 30, lautet:

«Es kam ein furchtbarer Sturm, der Erdboden stand schief, und das Haus erzitterte. Beinahe wäre ich darin umgekommen, aber der Wind blies alles rein, und es war gut.»

Hier nähert sich der Sturm in ihrer Seele, die Psychose. Alles wackelt, der Erdboden steht schief. . . , aber sie rettet sich. – Sie erzählt glücklich, daß sie gestern mit der Tochter allein war, hatte Angst, die Gedanken könnten kommen, aber sie haben keine Macht mehr über ihre Seele.

Die Patientin nähert sich einer Psychose. Sie wird durch den Traum Nr. 33 angekündigt:

«*Es wurde am hellen Tag auf einmal Nacht,* trotzdem sah ich deutlich grauen Himmel, er war dunkel. Es war so furchtbar, die Sonne war weg, daß ich um Hilfe schrie. Ich sah zwei neugeprägte 5-Fr.-Stücke. Ich sah ein Zimmer, das vollkommen mit den schönsten, farbenfreudigsten Gemälden ausgestattet war. Meine Lehrerin war dabei.»

Zu diesem Traum sagte sie: «Öfters habe ich das Gefühl, dass ich meinen Verstand verliere. Ich kann mich nicht konzentrieren. *Etwas wurde mir weggenommen, und darum diese Nacht. Man hat mir das ‚Außerordentliche‘ als Malerin genommen, und deshalb ist die Sonne weg. . .* Ich habe etwas verloren, was die Umwelt erregen würde, das, was man von mir verlangt hat, etwas Auffallendes. Ich glaubte, ich müsse etwas Außerordentliches darstellen. Jetzt soll ich anstreben, ein Alltagsmensch zu werden! Aber meine menschliche und künstlerische Haltung soll hervorstechend sein. Das verlangt man von mir! Die Anforderung war immer da, von anderen oder von mir selber. Diese Sonne ist jetzt weg. *Ich schreie um Hilfe, will aus diesem Zustand heraus.*» – Zu den zwei neugeprägten 5-Fr.-Stücke sagt sie: «Das sind die Tochter und die Anpassung.»

Die Patientin hat die Zwangsgedanken aufgegeben, fällt aber sofort in eine Megalomanie. Der Arzt will ihr diese «Sonne», das Groß-Sein, wegnehmen, und darum wurde Nacht am hellen Tag. Sie kann aber ohne «Sonne» nur im Gefängnis der Zwänge leben.

Nun kommen wochenlange Verarbeitungen folgender Vorgänge:

1. Die ursprüngliche Erotomanie zur Tochter wurde verdrängt, und als Ersatz für das unterbliebene Bedürfnis erschienen die Tötungszwangsgedanken.
2. Später verschwanden durch die Bewußtmachung dieser Erotomanie lesbischer Prägung die Zwangsgedanken, allmählich aber wuchs in ihr der Wunsch, eine außerordentliche Malerin zu werden. *Aus der Erotomanie wurde eine Megalomanie.*
3. Dann machte ich ihr bewußt, daß sie fleißig malen kann, auch ohne die trügerische Einbildung, die allergrößte Malerin der Welt werden zu können.
4. Darauf reagierte die Patientin wieder krankhaft. Sie glaubte, wenn ich ihr «die Sonne», d. h. die Megalomanie, wegnähme, dann käme die schwarze Nacht am hellen Tage, der Verlust ihres Verstandes.

Diese Kette der Vorgänge: 1. Erotomanie, 2. Homosexualität, 3. Verdrängung, 4. Zwang, 5. Bewußtmachung, 6. Größenwahn, 7. Abbau des Größenwahns, 8. Dämmer, sind alle nur Ringe in einer Krankheitskette, die wir *das inflationäre Paranoid* nennen¹. Wir betonten, daß sie alle diese Symptome zu verlieren vermöchte, wenn sie die Grenzen ihrer Schicksalsmöglichkeiten nicht überschreitet und fleißig malt. Vorläufig nahm sie dies an, brachte aber keine Träume und teilte mir mit, daß sie jetzt ihre Aufgabe klar sähe. *Sie will ohne Couch und ohne Traumdeutungen leben* und arbeiten, weil diese sie stets erschöpfen. Mit mir will sie fortan nur ihre aktuellen Probleme besprechen. Ich nahm diesen Vorschlag an.

Somit beginnt die *zweite* Phase der Behandlung: *die analytische Psychagogik oder die Einstellungstherapie*. Die Patientin arbeitet in ihrem Atelier 5–6 Stunden täglich. Sie fand einen Meister, der sie fördert, ist übergücklich, verliebt sich aber allmählich in ihn, der ein bisexueller, moralisch nicht intakter Mann ist. Aus der Schwärmerie wird eine *eifersüchtige Liebe* – ohne körperliche Beziehung –, die aber allmählich zu einem *Eifersüchtswahnsystem* führt. Ich rate ihr zu Ferien in den Bergen, von wo sie in der Tat ruhiger zurückkehrt. Kaum aber ist diese kurze *projektive* Phase ihrer paranoiden Ich-Störung verschwunden, beginnt wieder das Anwachsen der *Megalomanie*. Sie suchte gleichzeitig 2–3 Kunstmaler auf, nahm bei ihnen Stunden und bildete sich ein, in 1–2 Jahren die führende Malerin in Europa zu werden.

Die Erotomanie, die alten Zwangsgedanken, sogar die Platz- und Todesängste waren verschwunden. Sie malte und malte tagein, tagaus. Mich suchte sie immer seltener auf, und wenn, so verstand sie es, ihre Größenideen vor mir zu verbergen. – Und nun ereignete sich in ihrem Schicksal eine Begegnung, die sie in eine Psychose stürzte. Sie verliebt sich in einen aktiv *homosexuellen* Mann. Es war eine Liebe auf den ersten Blick. Sie bildet sich ein, von diesem Mann «*erotische Sendungen*» zu erhalten mit Orgasmen, die sie beim Malen empfindet, und zwar in einer Stärke, die sie bis dahin nie erlebt hat. Sie bildet sich ein, der Mann würde ihr gegenüber die nämliche Liebe hegen und die Kraft besitzen, aus ihr die größte Malerin zu machen.

Sie sah diesen Mann insgesamt zweimal in sechs Monaten, schrieb ihm aber

¹ SZONDI, L.: Ich-Analyse. Triebpathologie, Bd. II. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 436ff.

täglich mehrere Briefe, molestierte ihn mit einer Reihe von Telephonanrufen, so daß er gegen diese Angriffe meine Hilfe verlangte. Die Halluzinationen und Wahnbildungen (in der Richtung Machtübertragung durch Hypnose) wurden so bedrohend, daß ich die Patientin einem Psychiater übergeben mußte. Dieser behandelte sie zuerst ambulanter mit einer Largactil-Kur etwa 2-2½ Monate hindurch; danach mußte man sie internieren.

Nach einer Unterbrechung von 3 Monaten erschien sie wieder bei mir. Sie sprach über die bereits erwähnte Einsicht in ihr Schicksal: *Jetzt weiß sie, daß sie die Krankheit der Mutter wiederholen mußte*. Sie war zwar ruhiger und sprach weniger von Suggestionen und magischen Einwirkungen, aber die Liebe zu dem Mann blühte in ihr weiter wie auch die Trugidee, sie werde ihn von seiner Homosexualität retten, denn sie fühlt es, wie tief er sie liebt. Sie glaubt auch weiter daran, daß dieser Mann durch seine magische Kraft aus ihr die größte Malerin der Welt zu machen vermag. Sie malt also fleißig weiter, aber an Stelle der Megalomanie frönt sie derzeit einer Erotomanie, und zwar nicht gegen die Tochter, sondern übertragend auf einen homosexuellen Mann, der im Grunde eine Frau ist.

*

Die erste Phase dieser mißglückten Behandlung wurde also mit der klassischen Technik der Psychoanalyse auf Grund der kausalen Denkweise durchgeführt. Dieses Verfahren hat hier versagt. Es mußte aber versagen, weil die Triebstärke, insbesondere die Ich-Veränderungen der Frau, genischer und nur scheinbar traumatischer Herkunft waren. Wie der Stammbaum zeigt, waren alle ihre krankhaften Existenzformen, die sie in den Symptomen aufwies, in der Familie oder in ihrer Wahlverwandtschaft schon vorhanden. Löst man also ihre Symptome in die genisch bedingten existenziellen Possibilitäten auf, so steht eine Garbe von Existenzmöglichkeiten vor uns, von denen die meisten von mehreren Mitgliedern der Familie bereits gelebt wurden und bei der Patientin wiederkehrten. Darum stellten wir nach vier Monaten die psychoanalytische Technik ein und machten den Versuch, ihre Zwangslage schicksalsanalytisch zu sozialisieren. Da sie im Malen bereits in der Kindheit begabt war, und da das Ubw ihr im Traum 24 das Malen als eine neue Existenz zum Großwerden vorschlug, tauschten wir die Tötungszwänge inhaltlich mit dem Arbeitszwang des Malens aus. Wir taten dies, weil wir wußten, daß sie ohne Zwänge in die Gefahr einer Psychose geraten könnte. (Siehe im dritten Teil die Beziehung zwischen Zwang und paranoider Schizophrenie im Kapitel XXXVIII.)

Die genotropische Stammbaumuntersuchung¹ ihrer Familie und ihrer Partnerwahlen haben folgende Existenzmöglichkeiten aufgewiesen (Abb. 4):

I. *Angst- und zwangsneurotische Existenzen*: die Mutter (6), die Nichte (34) und die Patientin (17).

II. *Sadistische Existenzen*: die Mutter (6), ein Vetter der Mutter (5), drei gewählte Partner der Patientin (21, 22 und 29).

III. *Paroxysmale Tötungszwangsgedanken*: bei der erwähnten Nichte (34) und der Patientin (17). Paroxysmale Asthmaanfalle hatte der mütterliche Großvater (3).

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse, II. Aufl. 1948, S. 86ff.

IV. *Paranoide Existenzen* waren: die Mutter (6), eine mütterliche Base (14), ein Liebesobjekt der Patientin (30).

V. Anlage zur *Erblindung durch Netzhautablösung*: bei der Mutter (6), dem ersten Ehemann der Patientin (18) und bei einem ihrer Freier (27). Diese Anlage wirkte bei der Patientin genotropistisch.

VI. *Homosexuelle Existenzen*: die Schwester (16), die Nichte (34), zwei von ihren Liebesobjekten (29, 30) und die Patientin (17).

VII. *Sexuell haltlose Existenzen*: die Schwester (16), die Patientin (17).

Warum hat in diesem Fall sowohl die psychoanalytische wie auch die schicksalsanalytische Behandlung versagt? Erstens darum, weil wir damit nicht gerechnet hatten, daß die Patientin ihre Kindstötungszwänge in dem psychoanalytischen Verfahren so rasch aufgeben würde. Unser Heilplan war, nur die «Inhalte» der Zwangsgedanken auszutauschen, nicht aber die Zwangsexistenz selbst in toto wegzuschaffen. Wir wußten aus Erfahrung, daß nach dem Verschwinden der Zwangsexistenz des öfteren die paranoide Existenz nachzudrängen pflegt. Bereits in den dreissiger Jahren stellten wir fest, daß Zwang vor Psychose zu schützen vermag. Erst nach Jahren fanden wir die Ursache dieser Erscheinung in einer besonderen Spaltungsart des Ichs, über die der dritte Teil dieses Buches ausführlich kundgeben wird¹. Mit der psychoanalytischen Technik beabsichtigten wir hier nur, das Traumatische vorerst abzutragen; um dann die von dem Erbe gegebenen Möglichkeiten klarer sehen, durcharbeiten und sozialisieren zu können. Aus dem Stammbaum wußten wir, daß ihre Mutter im Klimakterium paranoid erkrankte. Wir hätten also damit rechnen sollen, daß auch unsere Patientin, die zu Beginn der Analyse 46jährig war, das Schicksal der Mutter zur Zeit der Klimax wiederholen könnte. Unser Fehler bestand somit darin, daß wir der «Tempierung» der paranoiden Existenz in ihrer familiären Manifestation nicht genügend Beachtung schenkten. Der Fall bestätigte wieder einmal, wie weitgehend man mit der Wiederkehr einer Ahnenexistenz auch *zeitlich* rechnen muß. Hätten wir daran gedacht, so hätten wir von einer psychoanalytischen Technik zur Zeit des beginnenden Klimakteriums nicht Gebrauch gemacht. Der Stammbaum hat uns gemahnt, und wir haben diese Mahnung nicht richtig respektiert.

Zum zweiten ist es bekannt, daß die Psychoanalyse einer latenten Psychose zur Manifestierung zu helfen vermag (FEDERN²). Einige Analytiker hegen die Meinung (BENEDETTI³), daß diese paranoide Phase der Endheilung zugute kommen kann. Dem mag so sein. Wir betonen aber heute, daß die analytische Behandlung – falls sie mit Psychosengefahr drohen könnte – nur in einer Anstalt durchzuführen sei. Unser Fehler war, daß wir die Analyse ambulanter durchgeführt haben und die Patientin erst nach dem Durchbruch des Paranoiden internieren ließen.

Zum dritten sei noch ein Umstand erwähnt, der in diesem Fall die Heilung unmöglich machte: nämlich die Kontamination zweier Existenzformen, d. h. *das gleichzeitige Erleben von Zwang und Größenwahn*. Nachdem wir der Patientin das Malen empfohlen haben, um die Tötungszwangsgedanken mit dem Arbeitszwang inhaltlich zu vertauschen, hat sie den paranoiden Größenwahn, die Inflation, mit dem

¹ Vgl. Kapitel XXXVIII im dritten Teil des Buches.

² FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 117.

³ BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H. und MIELKE, F.: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. B. Schwabe, Basel, 1960, S. 108.

Arbeitszwang verbunden und malte zwanghaft tagein, tagaus, um die größte Malerin der Gegenwart zu werden. Diese unglückliche Verquickung zweier Existenzformen machte es unmöglich, daß der Zwang die Patientin vor der Psychose schützte. Wie man diese Kontamination zweier gegensätzlicher Existenzformen «technisch» überhaupt verhindern könnte, ist uns nicht bekannt.

*

Nun haben wir vier Fälle vorgeführt, in denen das Tribschicksal, d. h. die psychosexuelle Situation, die gleiche war und zwar: die Homosexualität. *Die Analyse der Vorfahren zeigte aber, daß die Patienten auf diese gemeinsame Homosexualität stets mit derjenigen Krankheit reagierten, die in ihrer Familie die spezifische Erkrankungsform war und somit eben dem familiär-spezifischen Genotypus entsprach.*

Im Fall 1 reagierte der 43jährige Taugenichts trotz der *aktiven* Homosexualität mit demselben Verfolgungswahn wie sein Urgroßvater, den er natürlich nicht erlebt hatte. Die 25jährige Medizinstudentin im Fall 2 entwickelte auf ihre unterdrückte lesbische Liebe hin die gleiche inflativ-paranoide Megalomanie wie ihr Großvater, der nicht homosexuell war. Im Fall 3 entstand bei dem 32jährigen Bankprokuristen auf die Verdrängung der homoerotischen Liebe zum Freund die gleiche sadistische, fast mörderische Perversion wie bei seinen Ahnen. Und endlich reagierte im Fall 4 die 46jährige Mutter auf ihre Liebe zur Tochter zuerst mit derselben Zwangs- und Angstneurose wie ihre Mutter und Nichte, und nach Zusammenbruch der Zwangsmechanismen entstand das inflative Paranoid, genau so, wie es bei ihrer Mutter geschah.

Nichts steht uns ferner, als die Erfahrung zu leugnen, daß das besondere Tribschicksal, nämlich das homoerotische Bedürfnis, in allen vier Fällen in der Entstehungsgeschichte, also in der *Pathogenese* der manifesten Krankheit, eine Rolle gespielt hat. *Die Homosexualität ist u. E. ein Bestandteil der paranoiden Existenzform. Wir dürfen aber nicht behaupten, daß die Homosexualität als psychische Situation die Ursache, d. h. die Ätiologie, des projektiven und inflativen Paranoids, der sadistischen Perversion oder der Zwangs- und Angstneurose darstelle.*

Deshalb betonen wir grundsätzlich, daß die Ursache einer endogenen seelischen Krankheit die familiär-spezifische Erbanlage ist, hingegen die jeweilige psychische Situation – als Tribschicksal – nur den den familiären Genotypus zum Vorschein bringenden, d. h. auslösenden unspezifischen Faktor darstellt.

Es wäre falsch zu glauben, daß die betonte Differenzierung von Ätiologie und Pathogenese ein reines Theoretisieren sei, das mit der Therapie im Wesen gar nichts zu tun hätte. Dem ist sicher nicht so.

Erstens, weil die Schicksalstherapie nicht nur die Bewußtmachung der Tribschicksale anstrebt, die allein noch nicht zur Gesundung führt. Vor allem sind wir bestrebt, die Kranken mit ihren Ahnenansprüchen, d. h. mit den kranken und gesunden Existenzformen der Ahnenfiguren, zu konfrontieren, die im familiären Ubw dynamisch-funktionell leben und das Ganzschicksal der Kranken, die Possibilität ihrer Existenzformen, bestimmen.

Zweitens, weil die Zielsetzung der Schicksalstherapie nicht nur die Sublimierung oder Sozialisierung der verdrängten partiellen *Tribsprüche* ist, wie in der Psychoanalyse, sondern daneben, ja sogar das Hauptziel der Heilung *die Ver-*

söhnung und die soziale Beschäftigung (Operotropisierung) der kranken Ahnenfiguren darstellt. Ein Triebanspruch ist immer nur ein Teilanspruch der ganzen Ahnenfigur. Diese will ja stets in ihrer Ganzheit als Persönlichkeit, als Schicksals- oder Existenzform im Nachkommen erscheinen und nicht nur als ein Triebbedürfnis. Deshalb mußte die Schicksalstherapie ihre Tätigkeit erweitern und zur psychoanalytischen Trieb-Analyse noch eine ausgedehnte Ahnen-Analyse hinzufügen.

Kapitel IV

TRIEBTRÄUME UND AHNENTRÄUME

Vierter Grundsatz: Die erste gewichtige Modifizierung der Scha besteht darin, daß sie die Triebträume scharf von den Ahnenträumen trennt. Wir bringen zuerst ein Beispiel für die freudschen Triebträume und danach Beispiele für Ahnenträume.

Fall 5. Triebtraum eines manifesten Homosexuellen. Der 21jährige Psychologiestudent bringt folgenden Initialtraum:

«Ich schlafe mit meiner Mutter auf dem Trottoir in der Nähe einer Tramhaltestelle und fühle mich von den dort stehenden und den an uns vorbeigehenden Leuten stark beobachtet. Die beiden Betten stehen nebeneinander. Es ist kalt, Herbst.»

Die Analyse drehte sich in der Tat um die Bewußtmachung der verdrängten inzestuösen Triebansprüche an die Mutter und um die Ablösung von ihr. (Siehe Kapitel XXVI. Abschlußträume des Falles.)

Man muß zugeben, daß die sogenannten Triebträume in einer analytischen Behandlung eine dominierende Stellung einnehmen. Dies spricht dennoch nicht dagegen, daß man die Patienten auch durch die Ahnenträume *mit den störenden kranken Ahnen konfrontieren muß.*

Wir nennen solche Träume Konduktoren- oder Ahnenträume, in denen diejenigen zumeist seelisch kranken Ahnenfiguren auftreten und agieren, deren Konduktor der Träumer selber ist. Wir nehmen an, daß diese Konduktoreträume von dem familiären Ubw der Person herstemen.

Fall 6. Abnenserie einer Phobikerin. Eine 33jährige Irrenpflegerin, eine gebürtige Ungarin, die in der Schweiz lebt, hat zuerst eine Psychoanalyse, danach eine Schicksalsanalyse durchgemacht. (Der Fall diente bereits als Beispiel im Kapitel II.)

Die erste, psychoanalytische Behandlung, die über ein Jahr dauerte, war in dem Sinne erfolgreich, daß die Patientin ihre lesbische Beziehung zu ihrer Freundin aufgab, heiratete und zwei Kinder zur Welt brachte. Die Ehe ist glücklich. Diese erfolgreiche Behandlung schützte aber die Patientin keineswegs davor, daß sie danach in der Ehe *eine schwere Phobie* mit Zwangsgedanken entwickelte, welche sie fast bis zum Rande einer Psychose trieb. Die Inhalte dieser Phobie und Zwangsgedanken waren zumeist, daß während ihrer Abwesenheit jemand ihre Kinder ermorden könnte. Sie traute sich deshalb nicht, das Haus zu verlassen; tat sie es

dennoch, so sah sie auf dem Wege stets ihre Kinder ermordet. Der zweite Inhalt hing mit dieser schauerhaften Phobie zusammen: sie hatte Angst, verrückt zu werden. In der Schicksalsanalyse lieferte diese schwer geplagte Frau eine Serie von Konduktoren- und Ahnenträumen, von denen wir hier einige vorführen, und zwar in der Reihenfolge, die es zu demonstrieren vermögen, wie die Patientin schrittweise ihre latente schizophrene Konduktornatur in den Träumen erlebte.

Traum 69.

«Etwas mit Pfadi und dem Westbahnhof. Irgend etwas wie ein Szondi-Vortrag. Dann sagte man bei der Pfadi, daß ich im Kinderheim mit diesem Mädchen zusammen war. Das spielte sich im Wald ab. *Sie sage, sie sei stets mit mir zusammen gewesen, sie sei wie mein Schatten gewesen.* Ich weiß von nichts. – Und plötzlich kommt mir in den Sinn, daß ich sie nicht bemerkte, *weil sie stets bei mir war.* Ich meinte, nun müsse sie sich selbst entwickeln. Ich könne nichts dafür, wenn sie das bis anhin nicht getan hätte, betonte ich entschuldigend den anderen gegenüber.»

In diesem Traum erscheint somit *der Schatten* der Patientin, der stets mit ihr zusammengeht. Die Natur dieses Schattens, d. h. ihre Konduktornatur, deckt dieser Traum noch nicht auf.

Traum 82.

«Da war ein Haus, ich ging durch die Gänge, *hinter mir oder vor mir her ging immer ein Mädchen, das schizophren war und nicht von mir lassen wollte.* Ich bat sie, mich doch endlich in Ruhe zu lassen, aber immer wieder war sie bei mir. Schließlich nahm ich ein Messer (großes Rasiermesser) – so hat es irgendein Mann auch gemacht – und als sie nicht von mir wegging, stieß ich es ihr in den Leib. Es war schrecklich für mich, daß ich sie nicht los wurde.»

In diesem Konduktortraum erkennt somit die Patientin, daß das Mädchen, das von ihr als ihr Schatten nicht lassen wollte, *ein schizophrenes Mädchen* ist.

Traum 80, den die Patientin kurz vor dem vorangegangenen träumte, zeigt klar, daß *sie selbst das schizophrene Mädchen* ist. Hier agiert ihre latente schizophrene Konduktornatur schon offen auf der Traumbühne.

«Meine Freundin wollte auf Besuch kommen, und irgendwie hatte sie Schwester Y, die Diakonisse, zuerst geschickt. Da wohnten wir in einem Haus in der T.-Straße. Schwester Y kam irgendwie zu mir. Aber plötzlich zeigte sich, daß sie sich rächen wollte (weil X mir besser als ihr gesinnt war) und eine Falle organisiert hatte. Diese war, *ich sei schizophren.* Ich wurde dauernd von gräßlichen Leuten umstellt. Es folgte eine lange *Verfolgung.* Immer wieder wollten wir uns retten. Auch X kam einmal, und ich wollte ihr zeigen, wie Y mich umbringen wollte, aber diese sabotierte die Begegnung. Ich schnte mich nach Ruhe und Sicherheit. Selbst am Bahndamm noch wurde ich verfolgt. *Ich wollte in die Irrenanstalt,* aber auch die Wärter, die uns mit einem Auto transportierten, waren Verfolger. Ich wollte zu Dr. Szondi fliehen, aber auch dort waren die Fremden frech und mächtig, so daß auch er, wie alle, die mir helfen wollten, in Gefahr kam. Es war ganz schrecklich.»

Die Patientin erlebt im Traum den Einbruch einer paranoiden Schizophrenie. In einem früheren Traum erschienen auch Vergiftungsideen.

Traum 68.

«Ich hatte einen Fisch und sollte ihn essen und wußte nicht, ob er vergiftet wäre. (Hatte den Fisch selbst gefangen.)»

Aus den Einfällen stellt sich heraus, daß der Patientin im Traum ihre Ahnen als Fisch oder Vogel erschienen sind, oft auch als Einbrecher.

*

Man kann hier den Einwand erheben, daß diese Art von Konduktorenträumen über Verdoppelung und Schizophrenie vom Schicksalsanalytiker selbst der Patientin unbewußt eingefloßt wurden. Einen ähnlichen Einwand in bezug auf die sexuellen Triebträume wehrte S. FREUD mit folgenden Sätzen ab: «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 geändert¹.»

Zu dieser Behauptung müssen wir als Schicksalsanalytiker die Erfahrung hinzufügen, daß *der Arzt die Abenträume ausschließlich nur in der Richtung der Konduktornatur seiner Patienten zu lenken vermag und nicht in einer anderen*. In Fall 6 also – falls man eine Beeinflussung annimmt – in der Richtung der paranoiden Schizophrenie.

Es fällt uns aber nicht schwer, zu beweisen, daß die vorangegangenen Konduktorträume *spontane Produkte des familiären Ubw* der Patientin und nicht die der Beeinflussung durch den Ahnenforscher-Analytiker waren. Zwei Beweise sprechen dafür.

Erstens der Umstand, daß die Patientin in der vorangegangenen klassisch geführten psychoanalytischen Behandlung ebenfalls Konduktoren- oder Ahnenträume lieferte. Diese wurden aber nicht schicksalsanalytisch ausgelegt und führten deshalb nicht zur Konfrontierung mit den paranoiden Ahnen, deren Konduktor die Patientin ist. In diesen Träumen kämpft die Patientin gegen «*verrückte*» Menschen, die, wie ihr Stammbaum zeigt, in ihrer Familie schon einmal da waren. Als Beispiel stehe hier Traum VI aus ihrer vorausgegangenen Psychoanalyse:

«Meine Schwester sollte ein Kind bekommen. Sie hatte Schmerzen, und ich sagte ihr, das sei der Beginn der Geburt, das dürfe sie nicht erschrecken, das könne noch 2–3 Tage so gehen. Ich wollte sie ins Bett legen, denn sie mochte nicht recht liegen, sie hatte irgendwie Angst davor. *Auf einmal fiel mir ein, daß, wenn der Verrückte im Nebenzimmer das erführe, er sich aggressiv benehmen könnte*. Er erfuhr es und wollte auch schon aus dem Zimmer und auf die Schwester stürzen. Ich dachte, wie gut, daß die Kinder im Mutterleib so gut geschützt sind und er, auch wenn ich es nicht sofort abwehren könnte, doch vorderhand dem Kind nichts zuleide tun kann. *Ich rang mit ihm, wollte ihn zurückhalten und töten*. Da verwandelte er sich in einen Vogel, denn er gehörte einer Verschwörung an; ich trieb ihn wohl zum Fenster hinaus, jedenfalls kam er aber wieder zum Fenster herein. Wieder gab es einen Kampf, ich fing den Vogel und wollte ihn töten, indem ich ihm den Schnabel überweit aufsperrte, also so wie man Fische tötet. Schließlich, nach zähem Leben, schien er doch tot. *Aber da war noch ein zweiter Vogel der Verschwörung*, der sich nun sozusagen rächen wollte. Wieder ein Kampf, ich mußte ihn mit dem ganzen Körper nehmen und seinen Kopf auf den Boden schlagen, bis er tot war, so wie man es mit den größeren Fischen macht. Da sagte jemand, wenn ihm das Gehirn aus dem Kopf spritzt, dann sieht man doch, daß du einen Menschen umgebracht hast. *Da war noch einer, aber das war ein Mädchen*, und sie war gar nicht so schlimm, es war meine Freundin Z. Jetzt verstehe ich, sagte ich, daß du so dran warst, wenn du in den Klauen dieser Menschen gewesen bist. Sicher kannst du nun ein ganz anderes Leben anfangen. Sie bestätigte das, meinte aber, *ich täuschte mich, sie sei nicht Z., sie sei Ich*. – Ich hatte immer ein wenig Angst, daß meine Mordtaten entdeckt würden und ich irgendwie Strafe dafür bekäme. Ich war aber in einem großen Zwiespalt, denn ich fühlte mich nicht eigentlich schuldig, weil mir ja nichts anderes übriggeblieben war: entweder die oder wir. Einmal sagte ich auch, wie gut, daß man für Tieretöten nicht schuldig erklärt wird, ich selbst fand das genau so schlimm oder nicht schlimm.»

Man muß aus diesem typischen Ahnentraum den Schluß ziehen, daß unsere Phobikerin schon in der klassisch geführten Psychoanalyse ihren schrecklichen Kampf gegen die – in ihr verborgenen «*verrückten Ahnen, die im Nebenzimmer lauern*» – austragen und sie in sich töten mußte, damit diese verrückten Ahnen dem Kind, das die Schwester (alias sie selbst) in ihrem Leib trägt, keinen Schaden zufügen können. Der Kern ihrer späteren Phobie, die Vorstellung nämlich, man

¹ FREUD, S.: Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Ges. Schr. Bd. IV, S. 478.

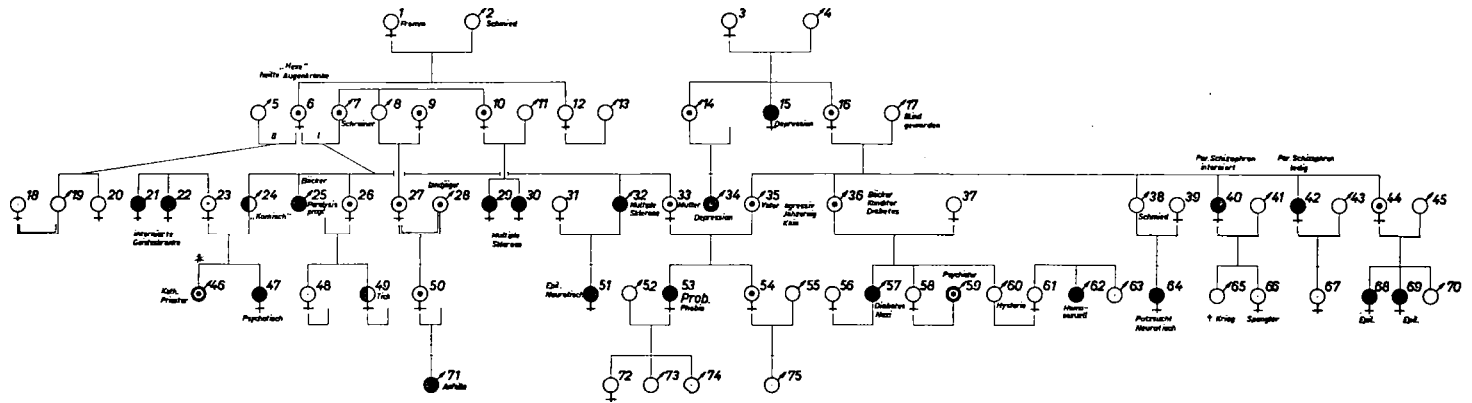


Abb. 6. Stammbaum zum Fall 6

könnte ihre Kinder ermorden, erschien demnach schon hier. *Die kranken Ahnen wollen ihre Kinder töten.* Leider wurde der Patientin in ihrer ersten Analyse dieser Ahnenkampf nicht bewußt gemacht. Man hätte ihr durch die Bewußtseinsfähigmachung und die Unter-Kontrollstellung ihrer schizophrenen Ahnenansprüche viele schwere Jahre ersparen können. Darum eben betonen wir, daß *neben den Triebansprüchen auch die Ahnenansprüche unter bewußte Kontrolle gestellt werden müssen.*

Der zweite Beweis dafür, daß die Patientin in der Bildung von Konduktoren- oder Ahnenträumen nicht vom Schicksalsanalytiker beeinflußt wurde, ist der Umstand, daß die Kranke schon in der *Pubertätszeit* einen Ahnentraum hatte, den sie wegen der angstgeladenen Situation nicht vergessen konnte und den wir erst in der Schicksalsanalyse durchgearbeitet haben. Er lautete:

«Ich war in unserem Wohnzimmer. Die Türe ging auf, und ein Zug unserer Ahnengestalten kommt in das Zimmer. Alle haben das Gesicht meines Onkels D., des Bruders des Vaters. Dies ist ein wirkliches Gesicht der Familie meines Vaters, ein *schizoides Gesicht*, knochig, gelblich. Die Gestalten marschierten um den Tisch herum. Der eine im Zug war wie mein Lehrer in der Schule, der später Psychoanalytiker wurde. *Der gab mir etwas, und plötzlich waren die Gestalten verschwunden.* Am nächsten Abend wollte ich aus Angst nicht ins Bett, weinte und zitterte. Mutter verstand mich, sie nahm mich auf ihren Schoß.» «Jetzt», so endet sie die Erzählung – «habe ich wieder Angst.»

Dieser klassische Ahnentraum beweist: daß die Ahnenträume spontan, ohne jegliche äußere Beeinflussung auftreten können; daß es Ahnenträume gibt, die sogar den väterlichen oder mütterlichen Ursprung der krankmachenden Ahnenfiguren angeben; daß der Patient – genau so wie im Traum – auch im Wachen durch Einbrüche der kranken Ahnen und nicht nur durch sexuelle Triebansprüche *phobisch* werden kann.

Nach der Erzählung dieses Pubertätstraumes haben wir mit der Patientin die krankmachenden Ahnenfiguren besprochen. Wir heben im besonderen folgende hervor. (S. Abb. 6)

a) *Väterliche Linie.* Der Vater (35) war ein jähzorniger «Kain», der einmal in Wut einen Finger seines Bruders mit einem Hammer plattschlug. Dieser Vater mit seiner Kainsnatur mußte in der Schicksalstherapie durchgearbeitet werden, denn er lebt in der Patientin weiter, er wird gelegentlich zum Inhalt ihrer Phobie.

Zwei Schwestern des Vaters (40, 42) litten an paranoider Schizophrenie. Die eine mußte man internieren, die andere wurde nach einer illegalen Abtreibung psychotisch und schrie in der Toilette: «Mein Kind, mein Kind!» Hier finden wir den zweiten Ansatz zum «Kindsmord» ihrer Phobie und ihren Zwangsgedanken. Die Schwester (15) und die Nichte (34) der väterlichen Großmutter waren depressiv. Eine Base (68) und ein Vetter der Probandin (69) waren Epileptiker.

b) *Mütterliche Linie.* Eine Base (51) und der Sohn einer anderen Cousine (71) hatten auch epileptische Anfälle, eine andere Base (47) war psychotisch. Ein Bruder der Mutter wie auch zwei weitere Verwandte litten an multipler Sklerose.

*

Auf Grund dieser Ahnengalerie müssen wir annehmen, daß die Patientin Konduktorin von *paranoiden* und *epileptiformen* Ahnenansprüchen ist. Die Inhalte ihrer Phobie und Zwangsgedanken über Kindsmörder wurden von der kainitischen, tötenden Gesinnung der epileptischen Ahnen bestimmt. Diese tötende Gesinnung wurde in die Phobie hinausverlegt. Die Angst vor der Schizophrenie und vor deren Wiederkehr bei ihren Kindern, die sie noch im Mutterleib trug, ist im be-

sonderen durch die zwei paranoid-schizophrenen Tanten bedingt. Diese schizophränen Ahnen erschienen ihr in den vorangegangenen Träumen. Die epileptiformen Ahnen nahmen in den Träumen einerseits die Gestalten von Mördern an, andererseits träumte sie oft von einer homosexuellen Freundin, die auch Epileptikerin war. Auffallend oft tötete die Probandin selbst in den Träumen Menschen und Tiere.

Die angeführten Beispiele müssen vorderhand zur Bekräftigung der Erfahrung genügen, daß Konduktoren- oder Ahnenträume mit spezifischen Ahnenansprüchen in der Tat existieren. Man muß sie nur als solche erkennen und durcharbeiten. Und noch mehr. Diejenigen Ahnenfiguren, deren Konduktor der Patient selber ist, bestimmen sogar die Inhalte der neurotischen Symptome. *Nicht nur die verdrängten Triebansprüche, sondern auch die nichtgelebten Ahnenansprüche verursachen neurotische Symptome.*

Kapitel V

GRUNDSÄTZLICHE MODIFIKATIONEN DER TECHNIK

Fünfter Grundsatz. Das erste Leitmotiv der Technik: Ähnlich wie man Triebansprüche nur durch persönliches Erleben in den Träumen und Einfällen bewußtseinsfähig zu machen vermag, müssen wir auch die Ahnenansprüche durch das Erlebenlassen der Vorfahren in den Konduktorenräumen und durch die Ahnen-Einfälle auf der Couch bewußt machen.

Es nützt also dem Patienten gar nichts, wenn wir ihm seine kranken Ahnen einfach vom Stammbaum ablesen. Wir können sie nur dann mit dem Analysanden durcharbeiten und sie von ihm annehmen lassen, wenn er mehrere Konduktoren- oder Ahnenträume schon in der Tat erlebt hat.

Das zweite Leitmotiv der Technik lautet: Die brauchbarste Technik, mit der man die Konduktor-Patienten zum Agieren der verborgenen Ahnenansprüche bringen kann, ist eine besondere Form des Gegenagierens des Analytikers. Das will sagen: Der Patient muß auf der Couch die kranken Ahnen agieren, und dieses Agieren wird durch die besondere Form des Gegenagierens des Analytikers künstlich provoziert.

Bei diesem Verfahren zeigt sich klar der Unterschied zwischen der Technik der Triebanalyse in der Psychoanalyse und der der Ahnenanalyse in der Schicksalsanalyse. Die Psychoanalyse setzte die Bewußtseinsfähigmachung der verdrängten sexuellen Triebansprüche als Ziel. In dem Einfallsverfahren verlangt sie, daß der Analysand sich an das Vergessene erinnere und es nicht agiere. FREUD hat ja das Agieren in folgender Art charakterisiert: «Der Analysierte erinnerte sich überhaupt an nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agierte es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt¹.» *Die Psa ist stets für das Erinnern und gegen das Agieren eingestellt.* Diese technische Vorschrift wird auch in der Schicksalstherapie bei der Bewußtmachung von verdrängten Triebansprüchen treu nach FREUD durchgeführt. Anders aber bei den Ahnenansprüchen.

¹ FREUD S.: Zur Technik. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. Schr., Bd. VI, S. 112.

Ahnenansprüche kann man nur agieren und nicht erinnern. Man kann ja von dem Analysanden nicht verlangen, daß er sich an die Ansprüche seiner Ahnen erinnere. Er hat diese Vorfahren des öfteren nie erlebt und somit auch nie verdrängt. Falls der Patient die Ahnenfiguren, deren Konduktor er ist, persönlich doch gekannt hat, so hat er sie zumeist nur im gesunden und selten in einem kranken Zustand erlebt. Man pflegt ja Kinder nicht ins Irrenhaus zu Besuch ihrer verrückten Verwandten mitzunehmen.

Man kann somit die kranken Ahnen durch das Erinnern nicht ins Bewußtsein heben. *Zu ihrer Bewußtmachung gibt es nur einen Weg: das Agieren, d. h. das Wiederholen ihres Verhaltens.*

Wir unterscheiden zwei Formen des Agierens der Ahnen: 1. *das spontane Agieren der Ahnen im Traum*, 2. *das künstliche Hervorrufen*, Ekphorieren der kranken Ahnenansprüche aus dem familiären Ubw auf der Couch¹.

Ad 1. In den Konduktoren- oder Ahnenträumen kann der Träumer die schizophrenen, epileptischen, manisch-depressiven, kriminellen und andersartigen Ahnenfiguren persönlich erleben, durch die Traumanalyse sie annehmen, assimilieren und *durch die Bewußtseinsfähigmachung der kranken Erbensprüche sie unter Kontrolle des eigenen Ichs stellen.* Als Beispiele führten wir den Fall 6 an. Dieses Verfahren ist das leichtere. Es benötigt aber ein großes Material von Konduktoren- oder Ahnenträumen, die dann durchgearbeitet werden müssen.

Ad 2. *Das künstliche Hervorrufen, das Ekphorieren der latenten Ahnenansprüche auf der Couch, ist indiziert, wenn der Analysand keine Ahnenträume liefert.* Die Schicksalstherapie entwickelte zu diesem Zwecke drei besondere Formen der Assoziations-technik. 1. *die echolalische*, 2. *die iterative*, 3. *die Hammerschlag-Assoziationstechnik*, die wir outriert auch *Psychoschocktherapie* nennen.

In der *echolalischen* Assoziationstechnik wiederholt der Analytiker – wie ein Echo – jedes Wort der Einfallskette so lange, bis der Patient auf der Couch den latenten Ahnenanspruch, dessen Konduktor er ist, zu agieren beginnt. Zu dieser Technik lieferten wir im Fall 3 ein Beispiel.

Bei der *iterativen* Assoziationstechnik wird ein besonderes Wort oder ein Satz des Traumtextes oder der Einfallskette so lange immer wieder exponiert, bis der Kranke zu agieren beginnt. Als Beispiel gaben wir die Traumdeutungen des 152. Traumes im Fall 4.

In dem *Hammerschlag-Assoziationsverfahren* werden die Reizworte in einem Tempo und einer Lautstärke hammerschlagartig so lange wiederholt, oder echolalisch nachgesprochen, bis der Patient durch dieses Gegenagieren derart schockiert wird, daß er jeglichen Widerstand aufgibt und auf der Couch vorübergehend seine verborgene Konduktornatur, d. h. die schizophrenen, epileptischen oder andersartigen Krankheitssymptome, agiert. Dieses Verfahren hat im Prinzip mit dem «Drängen» in der kathartischen Methode S. FREUDS eine Verwandtschaft; es ist dennoch eine besondere Art der Assoziationstechnik. So fällt der Patient in einen Zustand der Aura epileptica oder in einen Dämmerzustand, will weglauen oder den Analytiker töten. Oder er beginnt, verwirrt in Neologismen zu sprechen. Oder er bekommt einen paranoiden Anfall – stets seiner spezifischen Konduktornatur entsprechend.

¹ Siehe Kapitel XVI im zweiten Teil.

Die künstliche Ekphorierung der latenten Ahnenfiguren ist mit Sicherheit gelungen, wenn der Analysand auch nach der Stunde, auf der Straße oder zu Hause dieselben Symptome wiederholt, die er auf der Couch durch die Schockwirkung agierte. So hatte z.B. ein Epilepsie- und Paranoia-Konduktor in der Schockwirkung eine *Aura epileptica agiert*¹, wollte aus dem Sprechzimmer weglaufen, fiel in einen Dämmerzustand, beklagte sich über Ohnmachtsanfälle und wollte mich töten. Am Abend nach dieser Stunde ging er mit einer Dame in ein Restaurant. Als seine Partnerin dann von einem aktuellen Mordfall zu erzählen begann, sprang der Analysand plötzlich vom Tisch auf, lief weg, umarmte in einem partiellen Dämmerzustand einen Baum und glaubte, er halte sich an seiner Mutter fest.

Die Irrenpflegerin im Fall 6 wurde anlässlich ihres Ahnentraumes, in welchem «der Zug der Ahnen» in ihrem Zimmer vorbeimarschierte, mittels des Hammer-schlag-Assoziationsverfahrens schockiert. Nach diesem Schock entwickelte sie eine Weile lang Trugwahrnehmungen. «Seit Wochen» – sagt sie – «ist plötzlich alles verändert. Ich sehe alles besonders plastisch. Ich betrachte überall die geometrischen Ecken, alles ist eingeteilt. Die Worte höre ich neu. Ich höre den Ursprung der Worte. Die Welt ist anders geworden. Ich höre und sehe alles anders, als ob alles neu wäre.»

*

Die Verhaltensart des Schicksalstherapeuten ist demnach sowohl passiv wie aktiv. Die Passivität ist bei der Bewußtmachung von verdrängten Triebansprüchen genau so streng einzuhalten wie in der Psychoanalyse. Die Aktivität und das Gegenagieren sind erst bei der Bewußtmachung und dem Erlebenlassen unterdrückter Ahnenansprüche anzuwenden. Die schicksalsanalytische Therapie mußte somit die Traumdeutungs- und Einfallstechnik der Psychoanalyse so modifizieren, daß neben den verdrängten Triebansprüchen auch die störenden, unterdrückten Ahnenfiguren mit ihren Existenzansprüchen auf der Couch klar zum Vorschein kommen und durchgearbeitet werden können.

Zwei Behauptungen S. FREUDS bestätigen die Richtigkeit dieser Bemühungen. Die erste Behauptung bezieht sich auf die Rolle des Erbes in der Ich-Entwicklung und der Abwehrmechanismen. «Die endliche und die unendliche Analyse» beinhaltet folgende Sätze aus dem Jahre 1937: «Wenn wir von archaischer Erbschaft sprechen, denken wir gewöhnlich an das Es und scheinen anzunehmen, daß ein Ich am Beginn des Eigenlebens doch nicht vorhanden ist. Aber wir wollen nicht übersehen, daß Es und Ich ursprünglich eins sind, und *es bedeutet noch keine mystische Überschätzung der Erblichkeit, wenn wir für glaubwürdig halten, daß dem noch nicht existierenden Ich bereits festgelegt ist, welche Entwicklungsrichtungen, Tendenzen und Reaktionen es späterhin zum Vorschein bringen wird.* . . . Ja noch mehr, die analytische Erfahrung hat uns die Überzeugung aufgedrängt, daß selbst bestimmte psychische Inhalte wie die Symbolik keine anderen Quellen haben als *die erbliche Übertragung. . . . Mit der Einsicht, daß die Eigenheiten des Ichs, die wir als Widerstände zu spüren bekommen, eben sowohl hereditär bedingt als in Abwehrkämpfen erworben sein können, hat*

¹ Siche: Ich-Analyse, Fall 1, S. 84ff. Ferner: Heilwege der Tiefenpsychologie. Huber, Bern u. Stuttgart, S. 80ff.

die topische Unterscheidung, ob Ich, ob Es viel von ihrem Wert für unsere Untersuchung ein-
gebußt¹.»

Zwei Jahre vor seinem Tode – anlässlich der Frage, warum sich gewisse Psychoanalysen in die Unendlichkeit ausdehnen –, bekennt sich somit S. FREUD zur Heredität der Ich-Entwicklung und teilweise auch der Ich-Abwehr.

Die zweite Behauptung FREUDS bezieht sich auf das Erscheinen von Ahnenfiguren in den Träumen des Nachkommens. In dem unbeendeten «Abriß der Psychoanalyse» schreibt er 1938 bei der Aufzählung der Ursprünge der Traum Inhalte unter Punkt d) folgendes:

«Darüber hinaus bringt der Traum Inhalte zum Vorschein, die weder aus dem reifen Leben noch aus der vergessenen Kindheit des Träumers stammen können. Wir sind genötigt, sie als Teil der archaischen Erbschaft anzusehen, die das Kind, durch das Erleben der Ahnen (sic!) beeinflusst, vor jeder eigenen Erfahrung mit sich auf die Welt bringt².»

Die zitierten Behauptungen des Begründers der Psychoanalyse vor seinem Tode (1939) geben der Schicksalstherapie nicht nur die Berechtigung dazu, die psychoanalytische Technik sowohl in den Ich-Analysen wie auch in den Traum-Analysen mit der besonderen Technik der Ahnenanalyse zu erweitern, sondern sie bestätigen die Tatsache, daß Abnenträume existieren, in denen der Träumer «durch das Erleben der Ahnen beeinflusst wird».

Leider hat bis heute kein Psychoanalytiker die obigen Behauptungen des Meisters befolgt und die klassische Technik auch in der Richtung einer Ahnen-Analyse erweitert. Diese Aufgabe mußte somit die Schicksalsanalyse auf sich nehmen.

Gegenwärtig muß demnach die *Scha* auf zwei Fronten für die von ihr aufgeschlossenen Tatsachen kämpfen. Einmal gegen diejenige Genetik, welche die Erblehre von Tieren und Pflanzen ohne jegliche Differenzierung zwangsläufig auf die Vererbung seelischer Erkrankungen zu übertragen versucht. Diese Genetik nimmt davon keine Notiz, daß der Mensch – im Gegensatz zu den Tieren und Pflanzen – ein stellungnehmendes und wahlfähiges Ich hat, das mit Hilfe des Geistes sogar das Erbe zu kontrollieren, zu sozialisieren und somit den Erberscheinungen in ihren Manifestationen einen humanen Weg zu bahnen vermag.

Zum zweiten muß die *Scha* gegen die Auffassung derjenigen Psychoanalytiker kämpfen, welche die Rolle des Erbes, der Konstitution und des Schicksals völlig ausschalten und die psychische Situation als einzige Ursache der Neurosen hinstellen.

Um aber die Rolle der Ahnen in der Entstehung der endogenen Neurosen und Psychosen zu beweisen, genügt es nicht, auf Grund der Stammbäume dafür zu plädieren, daß die gleiche Neurose und Psychose in der Familie in gleicher Form wie bei dem Patienten schon einmal da war. Die gegenwärtige Psychoanalyse versucht ja eben diese Ergebnisse der Genetik so weitgehend auszuschalten, daß sie mit MITSCHERLICH überall, wo Erberscheinungen auftreten, nur noch von «Symptomtradition» spricht, ohne diejenige Instanz anzugeben, die das Tradieren, die Überlieferung, bewerkstelligt. Darum mußte die *Scha* die Technik der psychoanalytischen Behandlung derart modifizieren, daß sie einerseits die Triebträume

¹ FREUD, S.: Ges. Werke. Imago Publ. Co. Ltd., London, Bd. XVI, S. 86. (Vom Verfasser gesperrt.)

² FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke. Imago Publ. Co. Ltd., London. Bd. XVII, S. 89. (Vom Verfasser gesperrt.)

von den Konduktoren- oder Ahnenträumen getrennt behandelte, andererseits Wege suchte, dank denen die Ahnenansprüche auf der Couch vom Kranken wiedererlebt, d. h. agiert, bewußtgemacht und unter Kontrolle des Ichs gestellt werden können.

Kapitel VI

ICH-ANALYSE IN DER PSYCHOANALYSE UND DER SCHICKSALSANALYSE

Das Gemeinsame besteht im folgenden: Beide Heilmethoden streben danach, die Störungen des Ichs zu beseitigen und seine Intaktheit wiederherzustellen, wie dies im besonderen von ANNA FREUD hervorgehoben wurde¹. Da die Ich-Störungen sich an erster Stelle in der abnormen Abwehrart manifestieren (so z. B. in krankhaften Projektionen, Introjektionen, Negativismus, Entwertungen, Destruktionen usf.), muß der Therapeut durch den Aufbau des Realitätsprinzips seinen Patienten so weit bringen, daß er die Triebgefahren durch das normale Verzichten, Vermeiden und Verneinen oder durch Sublimierung zu bewältigen vermag.

Es besteht auch eine Übereinstimmung in der Auffassung, daß – wir zitieren nochmals den Satz von S. FREUD – «dem noch nicht existierenden Ich bereits festgelegt ist, welche Entwicklungsrichtungen, Tendenzen und Reaktionen es späterhin zum Vorschein bringen wird»². Das heißt also, daß die Eigenarten des Ichs, welche sich in den Widerständen bemerkbar machen, nicht nur im persönlichen Abwehrkampf erworben werden, sondern auch erblich bedingt sind. (Siehe später die Ich-Theorie H. HARTMANNs.)

S. FREUD begnügte sich mit dieser rein theoretischen Feststellung und gab uns keine Anweisungen zur Überwindung der *erblichen* Ich-Tendenzen. Er kam ja erst zwei Jahre vor seinem Tod zu dieser Überzeugung. Die *Scha* hingegen mußte nach Methoden suchen, die es dem Analysanden ermöglichen, einerseits die zwangsläufige Wiederholung einer familiärspezifischen, genotypischen Abwehrtätigkeit bewußtseinsfähig und kontrollierbar zu machen, andererseits *diesen ererbten Ich-Funktionen eine sozialpositive, genotropische Beschäftigung zu verschaffen. Damit beginnt die Umgestaltung des Sozialschicksals der Patienten.* Für die störenden Triebansprüche sucht die Psychoanalyse bekanntlich durch Sublimierung ein anderes Ziel und Objekt. Sie gibt aber dem Therapeuten keinen Rat, was er mit den störenden Ahnenfiguren und ihren kranken Ich-Tätigkeiten anfangen soll. Für die Überwindung der krankhaften Ich-Funktionen der Ahnenfiguren hat die *Scha* den Weg des Operotropismus, d. h. *die genotropisch-adäquate soziale Beschäftigung der bewußtgemachten Ich-Tätigkeiten der kranken Ahnen erschlossen. Die Neugestaltung des Sozialschicksals ist letzten Endes immer das wichtigste Heilziel. Man kann eben gerade die Ahnen-*

¹ FREUD, Anna: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publ. Co. Ltd., London, 1946, S. 8.

² FREUD, S.: Ges. Werke. Imago Publ. Co. Ltd., London. Bd. XVI, S. 86.

figuren und ihre morbide Ich-Tätigkeit nicht durch die Psychoanalyse ausmerzen. Die Ahnenfiguren repräsentieren ja unhistorische Ansprüche, die sich in einer Bevölkerung unabhängig von Rasse und Klasse, von Konfession und Stammesgeschlecht immerfort mit der gleichen Häufigkeit manifestieren¹. Es gibt nur einen Weg zur Vorbeugung: die genotropisch-adäquate Beschäftigung der gefahrbringenden Ich-Tätigkeiten in Berufen und Nebenberufen. Die Schicksalsanalyse hat schon 1944 auf Grund ausgedehnter Untersuchungen über die Beziehungen zwischen den Ich-Störungen (Psychosen) und Berufsarten adäquate sozialpositive Beschäftigungskategorien für die projektiven, inflativen, introjektiven, negativistischen, desintegrierten Ich-Funktionen aufgestellt². Daraus folgt:

Der sechste Grundsatz: Die psychoanalytische Ich-Analyse konzentriert sich auf die Abwehr und Sublimierung gefahrdrohender Triebansprüche. In der Schicksalstherapie wird diese Art von Ich-Analyse erweitert:

1. mit der adäquaten Beschäftigung der aus den Ahnenfiguren stammenden kranken Ich-Funktionen auf dem Wege des Operotropismus und
2. durch den Aufbau eines höheren Ichs, des sogenannten Pontifex-Ichs, das die Funktionen des Integrierens, des geistigen Partizipierens und Transzendierens ermöglicht. Dies gelingt aber nur in bestimmten, dazu geeigneten Fällen.

Ad 1. Die Beschäftigung der kranken Ahnen durch die genotropische Berufs- und Nebenberufswahl

Wir haben bereits auf die ausgedehnten Erörterungen dieser Frage in der Schicksalsanalyse hingewiesen. Im Fall 15 werden wir zeigen können, wie weitgehend die Schicksalstherapie die genotropische Beschäftigung der kranken Ich-Funktionen der Ahnen in ihre Ich-Analyse eingebaut hat. Hier erwähnen wir kurz folgenden Fall:

Fall 7. Sittenpolizei als Operotropismus bei einem projektiven Paranoiden. Ein Detektiv der ungarischen Sittenpolizei war Jahrzehnte hindurch als einer der Tüchtigsten seines Berufes bekannt. Dann wurde er – nach einem Erpressungsversuch – von einem Tag auf den anderen aus seinem Amt entlassen. Kurz darauf erkrankte er an Verfolgungswahn.

Dieser Fall mit vielen ähnlich verlaufenden Fällen bekräftigt die Auffassung, daß *das Ich nur durch die Bewußtseinsfähigmachung der gefahrbringenden Trieb- und Ich-Ansprüche der Ahnen so stark wird, daß es die Kontrolle darüber ununterbrochen auszuüben und in adäquat gewählten Berufen oder Nebenberufen zu sublimieren und operotropisieren vermag.*

Hier soll noch betont werden, daß die genotropistische Beschäftigung der kranken Ahnen des öfteren *spontan und unbewußt* vonstatten gehen kann. Auf Grund sehr ausgedehnter Stammbaum- und Berufsforschungen kamen wir zu der Behauptung, daß z. B. die berufstüchtigsten Feuerwehrleute «konvertierte» Pyro-

¹ SOTO YARRITU: Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen. Szondiana II, S. 68, Abb. 1–4.

² SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. B. Schwabe, Basel, I. Aufl. 1944, II. Aufl. 1948. S. 275–365. III. Aufl. 1963.

mane¹, die besten Pfarrer «konvertierte» Epileptiker², die erfolgreichsten Psychiater «konvertierte» Schizophrene³, die tüchtigsten Detektive «konvertierte» Paranoiker, die hervorragendsten Anwälte «konvertierte» Querulanten⁴ sein können.

Ganz allgemein könnte man sagen, daß *extreme* Professionen schicksalspsychologische Konversionen von kranken Ahnenansprüchen in den Beruf darstellen. Denn diese Individuen verlassen den familiär vorgeschriebenen Weg einer Krankheitstradition und wählen den neuen Weg einer adäquaten Profession. Viele von diesen sozialisierten Konduktoren werden in ihrem Leben nie gezwungen, sich bewußt zu jenen Erbkrankheiten zu bekennen, die sie in ihren Berufen «konvertieren». Dennoch gibt es solche, die man therapeutisch mit ihrer Konduktornatur konfrontieren muß, weil sie – zumeist nach Aufgeben des genotropischen Berufes – seelisch manifest erkranken. Als lehrreiches Beispiel werden wir im dritten Teil den Fall 43 behandeln.

Ad 2. Aufbau eines Pontifex-Ichs

Leistet der Analysand schon in der psychoanalytischen Ich-Analyse gegen die Bewußtmachung seiner verdrängten sexuellen Triebansprüche starke Widerstände, so erhöht sich deren Stärke auf das Vielfache in dem Moment, wo der Schicksalstherapeut den Versuch wagt, den Patienten mit seinen verborgenen *erblichen Ich-Störungen* zu konfrontieren. Und doch können wir uns diese Erhöhung der Widerstände nicht ersparen. Wir müssen auch ihre Überwindung auf uns nehmen, selbst dann, wenn dieses Monate benötigt. Überall da, wo die Ahnenträume, die Stammbäume und eventuell die Testergebnisse eindeutig für eine ganz spezifische latente Ich-Störung in Form einer psychotischen Konduktornatur des Neurotikers sprechen, müssen wir die Konfrontierung mit der ererbten Ich-Störung so oft und so lange zielbewußt und ausharrend durchführen, bis es gelingt, die Widerstände zu brechen und bei den Kranken ihre störenden, erblich angelegten Ich-Funktionen der Ahnenfiguren bewußtseins- und kontrollfähig zu machen. Der Analysand muß sich seiner mitgebrachten, familiärspezifischen Ich-Existenzmöglichkeiten bewußt werden. Er muß zu der Einsicht gelangen, daß er in seinem familiären Ubw seinen ganzen Stammbaum mit kranken, morschen und auch mit gesunden Ästen trägt. Er muß somit vor die Wahl seines persönlichen Ich-Schicksals gestellt werden. Aus dem Verdränger (homo repressor) und Symptombildner wird somit allmählich ein freier Schicksalswähler, ein «homo elector». (Siehe Kapitel XXIII B.)

Bei dieser Stufe der Wahl eines neuen Ich-Schicksals stellt die Ich-Analyse den Schicksalstherapeuten vor Probleme, die in der Psychoanalyse teils völlig fehlen, teils als Aufgaben der Ich-Bildung nur ungenügend berücksichtigt werden. Diese Probleme sind:

Erstens: *die Integration* der komplementären Gegensätzlichkeiten im Trieb- und Ichleben des Analysierten.

¹ Schicksalsanalyse, II. Aufl., S. 289, Stammbaum 44.

² Ebenda: S. 291ff., Stammbäume 46, 48, 49, 50, 51.

³ Ebenda: S. 314ff., Stammbaum 57, S. 186; Stammbaum 26/b.

⁴ Ebenda: S. 314, Stammbaum 57.

Zweitens: die Förderung der *ichhaften Partizipation*, d.h. das Eins- und Gleich-seinkönnen mit dem Ich des Lebenspartners im besonderen und mit denen der Mitmenschen im allgemeinen (Kommunikation).

Drittens: das *Transzendierenkönnen*, d.h. die Frage der Glaubensfunktion¹.

Zur Frage der Integration erwähnen wir die Tatsache, daß FREUD – wie auch andere Ich-Psychologen vor ihm – dem Ich eine synthetisierende Rolle beimaßen. Nur hat uns aber die Psychoanalyse mit keiner besonderen Technik ausgerüstet, mit Hilfe derer man diese integrierende Ich-Tätigkeit in den analytischen Stunden de facto fördern könnte. Die *Scha* hat zur Förderung der Integration folgende Verfahren entwickelt. Dem Analysierten wird auf Grund von Traumanalysen im Laufe der Ich-Analyse bewußt gemacht:

1. Wann, warum und was er projiziert. 2. Von welchen Trieb- und Seinsideen er besessen wird (Inflation). 3. Wann, warum und was dem Ich einverleibt wird. 4. Wann, warum und was von ihm verneint, entwertet oder sogar destruiert wird.

Durch diese Bewußtwerdung der vier Elementarfunktionen des Ich-Lebens erreichen wir allmählich, daß der Analysand nicht nur darüber Bescheid weiß, in welcher Phase des Ich-Lebens er am häufigsten steckenbleibt, sondern er unterstellt die Projektion, die Inflation, die Introjektion und die Negation einem höheren Ich zur bewußten Kontrolle und erlernt allmählich, welche Ich-Funktion er von Mal zu Mal zu benützen hat, um erworbene oder ererbte, das Ich-Leben ernst störende Abwehrtätigkeiten und Veränderungen zu vermeiden.

Es wäre völlig falsch, zu glauben, daß diese Art von Bewußtmachung der Störungen von elementaren Ich-Funktionen und ihren Inhalten durch ein Intellektualisieren oder Psychologisieren zwischen dem Analytiker und dem Analysanden erreicht wird. Dem ist nicht so. Wir vermeiden im Aufbau des Pontifex-Ichs jegliche psychologische Diskussion oder Lehrtätigkeit. Wir warten mit Geduld auf das Erscheinen von sogenannten «*Ich-Träumen*», in denen das Unbewußte des Analysanden sich mit den «unbewußten Ich-Funktionen» auseinandersetzt. Diese Ich-Träume unterscheiden sich in ihren Traumfassaden des öfteren kaum von den alltäglichen Triebträumen. Erst die spezifischen Einfallsketten zu den Träumen signalisieren dem Analytiker, daß sich die latenten Traumgedanken nicht mehr auf Triebansprüche, sondern auf die gestörten Ich-Funktionen beziehen. Als Beispiel stehe hier:

Fall 8. Ich-Analyse bei einem Konduktoren von inflativem Paranoid und Epilepsie. Ein 34jähriger Musiker pflegte von der Pubertät bis zum 21. Lebensjahr exzessive homosexuelle Verhältnisse. Anlässlich eines analadistischen Verkehrs mit einem liederlichen Coiffeur bekam er einen Degout und stellte die homosexuellen Verbindungen endgültig ein. Obwohl er kurz darauf eine Familie gründete, kehrten die homoerotischen Inflationen zeitweise dennoch zurück. So blieb die psychische Situation auch im ersten Jahr seiner Analyse, deren Hauptaufgabe darin bestand, gegen die bisexuellen Inflationen (Erotomanie) eine Bremse im Ich einzubauen. Die Bereitschaft des Ubw zu dieser Bremsung und Umdrehung der Ich-Störung (der Inflation) zeigte sich erst im 106. Traum. Dies lautet:

¹ SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 152ff.

«Der Garagist des Schwiegervaters führt mir den neuen Citroën DS 19 vor. Er sagt mir, daß der Wagen 450 km mache. Er drückt aufs Gas, der Geschwindigkeitsanzeiger weist auf 200 km. Die Straße ist etwas eng, und es kommt ein Dorf. Ich mahne ihn, das Tempo herabzusetzen. Der Garagist sagt mir, daß man lediglich *beim Bremsen achtgeben müsse*. Er drückt auf die Bremse. Der Wagen macht auf der Straße *eine volle Umdrehung*, während uns ein Auto rechts überholt. Ich finde dieses *Drehmanöver* sehr gefährlich.»

Der Traum selbst scheint eine harmlose Fassade zu tragen. Die Einfälle hingegen sprechen dafür, daß der Analysierte sich mit dem Problem ernsthaft beschäftigt, wie er seine Inflation bremsen und sich im Ich, d. h. in seiner Stellungnahme, zu der bisexuellen Erotomanie völlig *umdrehen* könnte. Wir zitieren einige Einfälle zu dem Traum:

Ich: «DS 19.» Er: «Der neue französische Wagen. . . Ich war 19 Jahre alt, als ich mich in ein französisches Mädchen verliebte. Ich besuchte sie in Frankreich. Für die Franzosen war ich aber D.S., ‚der deutsche Sauhund‘, ich war für sie ein ekelhafter Boche. . .» (lange Pause).

Ich: «DS 19.» Er: «Der neue Mensch, die neue Sexualität, die Heterosexualität. . .» Ich: «450 km.» Er: «Zu viel Geschwindigkeit in der Liebe. . .» Ich: «200 km.» Er: «Die Mutter des französischen Mädchens schenkte mir ein Buch, das von einer armen Frau handelte, die neben einem Künstler lebte, der ihre Neigung zum Geist erfüllte. Der Mann stirbt, und sie wird verrückt. . . Sie gab mir dieses Buch, damit ich *in der Liebe bremsen lerne*.»

Ich: «Die enge Dorfstraße.» Er: «Die harte Einengung der Realität . . ., die duldet keine Ausdehnung.»

Ich: «Ich mahne ihn, das Tempo herabzusetzen, weil die Gefahr groß ist.» Er: «Beim Bremsen muß man achtgeben. . . Eine Pubertätstheorie von mir war, daß das Gefährliche das Ablösen, das Abstoppen, das Bremsen sei, vor allem in der Beziehung zu Frauen. Man darf sie nicht über die Ohren verliebt machen und dann rasch stehen lassen. . . Ich bin es, der das nicht erträgt! . . .» Ich: «Volle Umdrehung.» Er: «Es war der Anfang mit dem Bruder (den er zur mutualen Onanie verführte). Ich zog später die Realität in Erwägung. . .» Ich: «Rechts.» Er: «Die legitime Frau. Die hat mich umgedreht, die Mutter der Französin bremsen mich.» Ich: «Drehmanöver.» Er: «Die Triebdrehbühne. . . Sich-Umkehren. . . Ich habe mich erholt und jetzt entscheide ich! . . . Ich sprengte die Fesseln (des alten inflationären Ichs). . . Ich bin zum Mann geworden. Ich besitze jetzt etwas, aber immer noch zu viel!»

Auf die Frage, wohin ihn seine Einfälle führen, sagt der Analysand: «Von der Homosexualität bin ich zur Heterosexualität, von der Passivität zur Aktivität gekommen. Vom Menschen mit Inflation ohne Ziel bin ich zu einem Mann mit Ziel geworden. Aus der Verdunkelung gelangte ich in die Bewußtheit. . . Den neuen Wagen bremsen heißt: den Liebeswagen, die Erotomanie bremsen.»

*

Der Analysand konfrontiert sich somit *selber* mit der Unmöglichkeit der sexuellen Inflation. Er muß sich im Ich umdrehen und mit den Bremsen der Realität gegen die bisexuelle Inflation kämpfen. Der Aufbau des neuen Ichs durch Einbau der Bremsen geht hier spontan, ohne jegliches Intellektualisieren vor sich.

Zur Frage der ichhaften Partizipation. Nach Anregung von LEWY-BRUHL verstehen wir unter ichhafter Partizipation den Ich-Vorgang, bei dem zwei Iche an-

einander Anteil nehmen und Anteil haben¹. Kraft dieser Partizipation werden sie im Ich eins und gleich. Die vergleichende experimentelle Ich-Analyse an Naturvölkern (Buschnegern aus dem französischen Äquatorialgebiet) und seelisch kranken Menschen hat bewiesen, daß *die Partizipation im Ich eine Urprojektion ist, nämlich die Projektion des eigenen Seins auf ein anderes Ich. Somit besteht sie in einer Seinseinheit von zwei Ichern*. Auf diese Art kommt jegliches Anteilnehmen und Anteilgeben am anderen zustande. Hier sei noch betont, daß bei der Partizipation zwei Iche und nicht zwei Geschlechtsorgane miteinander verschmelzen. Sie ist somit kein erotischer, sondern ein *ichhafter* Vorgang. Die Störungen in der Partizipation des Ichs bestehen:

Erstens in einer krankhaften Beziehung zwischen dem Verfolger (Autoritätspersonen) und dem Verfolgten bei den Paranoiden; zweitens im Fehlen der Fähigkeit, mit einer höheren geistigen Substanz (Gott oder einer Idee wie Kunst, Wissenschaft, Menschlichkeit) eins zu werden.

Die schicksalsanalytische Ich-Analyse kann sich nicht damit begnügen, daß sie den Paranoiden mit den latenten homoerotischen oder inzestuösen Sexualansprüchen einfach konfrontiert. Erstens, weil das Paranoide sich sehr häufig auch auf dem Boden der verdrängten tötenden Gesinnung Kains, d.h. auf dem der epileptiformen Anlage entwickelt (BUCHHÖLZ). Zweitens, weil die paranoide Ich-Störung ohne Ausnahme durch eine Wiederkehr familiär angelegter Ich-Störungen entsteht. Unser Vorgehen ist also zweigeleisig. Erstens müssen wir die homoerotische bzw. die tötende Gesinnung, welche die paranoide Ich-Störung als Triebstörung begleitet, zum Objekt der Konfrontierung und Durcharbeitung wählen. Zweitens müssen wir – auf Grund der Ahnenträume – den Analysanden mit der Wiederkehr einer familiären Ich-Störung konfrontieren und ihm zeigen, wie er diese störenden Projektionen oder Inflationen vergeistigen könne. Erst danach sind wir in der Lage, aus dem krankhaften Projektionsvorgang eine gesunde, geistige Anteilnahme an einer Idee herzustellen. *Vergeistigung heißt: mit einer Idee eine Seinseinheit schaffen*.

Und so kommen wir zu der häufigsten Störung der Partizipation, nämlich zum Fehlen der Fähigkeit, mit einer Idee eins zu sein. Das Gros aller Neurosen trägt die Stempelmarke der Eigenliebe, des Narzißmus. Eben diese Eigenliebe macht die Menschen zur Partizipation mit einer höheren Idee (Humanität, Kunst, Wissenschaft, Kultur, Religion) unfähig, da jegliches Interesse dem eigenen Ich zugewendet wird. Die Folge davon ist, daß die Liebe im Ich – wie in einer Festung – eingesperrt und festgehalten wird (FREUD). Kein äußeres Objekt, keine höhere Idee mögen an dieser verkapselten, tiefgekühlten Liebe Anteil haben. Allmählich vereist die Liebe im Ich wie in einem Eisschrank. Die narzißtische Person wird die Gefangene ihres selbsterrichteten Kerkers.

Die schicksalstherapeutische Frage lautet: Wie ist es möglich, die Liebe aus dem verbunkerten Ich zu befreien und das Interesse auf irgendeine höhere Idee zu richten und somit den krankhaften Narzißmus zu heilen? Wir sind der Ansicht, daß die krankhafte Eigenliebe nur durch *das Transzendieren* geheilt werden kann.

Diese dritte Funktion des Pontifex-Ichs, das Transzendierenkönnen, ist zwar ab ovo bei jedem Menschen vorhanden, nur wird der Verbindungsweg zu der

¹ SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 34, 166, 175, 261, 461, 524.

höchsten Instanz, zu welcher das Ich übersteigen könnte und sollte, im Leben des öfteren verschüttet. Wir kamen in der «Ich-Analyse» zu der Auffassung, daß die *Glaubensfunktion eine höhere Ich-Funktion darstellt*, die eben in dem Partizipierenkönnen mit der höchsten Instanz besteht. Daraus folgt die Feststellung: *Glaubensstörungen sind Ich-Störungen*, bei denen das allmenschliche Transzendierenkönnen gestört wird¹.

Zur Ich-Analyse gehört in der Schicksalstherapie die Aufgabe, diese Störungen der Glaubensfunktion zu beheben. *Natürlich müssen wir die Glaubensstörungen ausschließlich durch entsprechende Träume und Einfälle, niemals aber durch theologische oder religionsphilosophische Auseinandersetzungen behandeln*. Mit Geduld warten wir auf das Auftreten von adäquaten Träumen und Einfällen, um die Entstehungsgeschichte der Glaubensstörungen aufzudecken.

Eine wiederkehrende Erfahrung lehrt, daß das Symptom des Nichtbetenkönnens zumeist in der Pubertät durch Irradiation sexueller Ansprüche auf den Vater (= Gott) während des Betens entsteht. Eine junge Patientin z.B. kann nicht beten, seit sie in einem Tagtraum mit Gott-Vater geschlechtlich verkehrte.

Fall 9. Ein Traum über Gott bei einem latenten Epileptiker. Der Fall soll demonstrieren, daß Gott im Traum erscheinen und den Träumer seine Ambivalenz Gott gegenüber erleben lassen kann. Der Traum lautet:

«Eben spielten ich und *Er* (Gott) ein eigenartiges Spiel. Wir beide wußten, daß es ein humorvolles Spiel sei. (Ein Spiel und humorvoll darum, weil wir beide wußten, daß das, was *Er* sagt, nicht tragisch – nicht böse – gemeint ist – und *Er* und ich uns theatralisch benehmen, woran wir uns beide freuen.) Ein Spiel ist es auch, weil wir beide wissen, daß dem Spiel etwas vorausging.

Was ging voraus? (Ich weiß es nur noch bruchstückhaft): Es geschah auf der obersten Stufe (eines Schulhauses – in der Szenerie nachher wie ein griechischer Tempel). Ich habe dort etwas Böses getan.

Jetzt erscheint *Er* aus dem Haus und steht in der Mitte des Raumes auf der allerhöchsten Stufe. Ich weiche zurück auf die unterste und lege mich hin. *Er* beginnt wie ein Gott zu sprechen und sieht auch wie ein Gott aus: Haare, weißer Mantel, Bewegung der Arme. Ich huldige ihm, lege mich hin und spreche wie ein arabischer Pilger. Ich denke noch, das tönt ja gerade wie in einer katholischen Kirche. Ich wippe hin und her. (*Er* freut sich innerlich und denkt: so ist es recht, diese Huldigungen, die er auch nicht ernst nimmt.) *Er* spricht. (Sollte er eigentlich nicht über die Strafe sprechen?) Ich sehe plötzlich, daß sein Glied nicht von seinem Mantel bedeckt ist und herabhängt. Ich mache eine abschätzende Bemerkung zu einem Dritten, der rechts neben mir steht (in einer Distanz von etwa 10 Metern), indem ich mit dem Zeigefinger nach unten zeige und den Penis von ihm andeute. Eindruck des Kicherns. *Er* beachtet dies und steht vornehm darüber und sagt: ‚Indem ich es zeige, liegt die Kraft, *denn im Geist ist die Kraft*‘ (so ähnlich). *Er* steigt herunter, wir stehen nahe.

Jetzt spreche ich über das, was vorher war mit *Ihm* (der Höhlentraum kommt mir in den Sinn).

(Was ist es nur? Habe ich etwas unterlassen, was ich hätte tun sollen? Ich weiss den Traum nicht mehr.)

Der Dritte hört zu und ist ganz erstaunt und fragt: ‚Ja, habt ihr denn vorher schon zusammen gesprochen?‘ Ich sage abweisend: ‚*Ja, halt im Geist.*‘ Denke dabei aber, ja, tatsächlich. (Aber der Traum enthielt nichts über diese vorherige Begegnung.)

Wir verabschieden uns, *Er* geht weg, kommt aber wieder zurück und hat ein kleines Kind im Arm. Es ist schon spät und dunkel im Raum. Ich sehe plötzlich zwischen ihm und mir drei übergroße Hunde liegen und sage zu ihm, bevor er geht: ‚Ich hätte noch eine Bitte: *Geleitet mich*. – Ich habe Angst vor diesen Hunden.‘ Das Kind krabbelt über sie hin. Man (ob *Er*?) reicht mir über die Hunde hinweg die Hand und führt mich ins Haus. Hätten sie mir etwas gemacht? Vielleicht. Jedenfalls hätten sie mich nicht durchgelassen.»

Der Träumer, ein etwa 45jähriger Pädagoge, stammt aus einer bigotten Sektiererfamilie. Er wurde nie mit dem Rohr, sondern stets mit religiösen Sprüchen gestraft. Als Folge davon entstand bei ihm eine unüberwindliche Angst vor der Hölle und der Verdammung. Im Traum erscheint ihm Gott – fast nackt, wie er

¹ Näheres siehe: Ich-Analyse, Kapitel XXVII: Das Ich und der Glaube, S. 509–529.

seinen eigenen Vater einmal sah. Der Träumer versucht zuerst diesen Gott-Vater lächerlich zu machen. Dann kommt aber die Angst vor den Hunden der Hölle (Zerberus war seine Assoziation), und Gott reicht ihm die Hand «über die Hunde hinweg» und führt ihn ins Haus. Durch Auslegung ähnlicher Träume kann es uns gelingen, den verschütteten Weg zum Geist wieder frei zu machen. Doch gelingt dies nicht immer.

*

Abwehr und Spaltung: Es wurde bereits kurz erwähnt, daß die Psychoanalyse die Ich-Veränderungen zumeist als die im Abwehrkampf des Ichs gegen die Triebe erworbenen Störungen auffaßt. Diese Auffassung ist die natürliche Folge des kausal-mechanistischen Denkens. FREUD spricht ja von «Abwehrmechanismen». Seine spätere Behauptung (1937), nach der die Art der individuellen Abwehrmechanismen auch hereditären Ursprungs sein könnte¹, fand im Kreise der Psychoanalytiker kein Echo. Die Schicksalsanalyse hegt aber die Meinung, daß *die Abwehrlehre nur bei den erworbenen Ich-Veränderungen anwendbar ist. Hereditäre Ich-Störungen kommen nicht im Abwehrkampf zustande, sondern sind die Folgen genisch bedingter Spaltungsvorgänge im Ich*, deren klinische Erscheinungszeit ebenfalls erblich temperiert ist. *Die jeweiligen Spaltstücke erscheinen klinisch als verschiedene Existenzen.* (Vgl. hierzu Fall 4.) Neben der von E. BLEULER (1911) beschriebenen klassischen Spaltungsart des Ichs bei der Schizophrenie hat die Ich-Analyse eine Reihe von weiteren erblichen Spaltungsarten beschrieben², welche ermöglichen, die krassen Wandlungen der psychiatrischen Syndromatik bei dem gleichen Kranken im Laufe der Zeit zu begründen. Über die Anwendung der Spaltungslehre in der schicksalsanalytischen Therapie wird der dritte Teil des Buches ausführlich berichten. (Siehe Kapitel XXXIII.)

Kapitel VII

HEILZIEL DER PSYCHOANALYSE UND DER SCHICKSALSANALYSE

Die Psychoanalyse ist bestrebt, den neurotischen Menschen durch die Bewußtmachung der verdrängten Sexualbedürfnisse und durch deren Sublimierung symptomfrei zu machen. Auch die *Scha* erachtet dieses Heilziel für wichtig, jedoch bei den hereditären Trieb- und Ich-Störungen für ungenügend.

Bekanntlich führte FREUD in die psychoanalytische Lebensführung das *Lust- und Realitätsprinzip* ein. Der Mensch sollte nach der *Psa* vor jeder Handlung zwei Fragen stellen. Erstens: Wird ihm diese Tat mehr Lust als Unlust bringen? Dies ist die ökonomische Frage. Zweitens: Ist diese Handlung real oder unreal? Diese repräsentiert das Realitätsprinzip.

¹ FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Werke. Imago Publ. Ltd., London, Bd. XVI, S. 86.

² SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 280–326.

Die *Scha* übernimmt restlos beide Prinzipien, sie ergänzt sie aber mit einem dritten und vierten Prinzip, nämlich mit dem *Freiheits-* und dem *Humanitätsprinzip*. Das *Freiheitsprinzip* wurde im Kapitel I theoretisch erörtert. Seine praktische Anwendung in der Therapie besteht in der bewußten und freien Wahl unter den Existenzmöglichkeiten. Auf Grund des *Humanitätsprinzips* verlangt die *Scha* vom Menschen, daß er vor einer Handlung auch die vierte Frage aufwerfen soll: *Ist diese Tat menschlich oder unmenschlich?* Die Einführung des Humanitätsprinzips in die Neurosen-therapie hat das Endziel der Psychotherapie von dem der *Psa* wesentlich erweitert. Der siebente Grundsatz drückt diesen Unterschied folgenderweise aus:

Siebenter Grundsatz: Das Heilziel der Psa ist, den seelisch kranken Menschen symptomfrei zu machen. Als Endziel der Heilung eines Menschen in der Schicksalstherapie wird die Menschwerdung bestimmt. Also: kein status definitivus, sondern ein actus progressivus. Unter Menschwerdung versteht die Schicksalspsychologie das schrittweise Fortschreiten des Einzelnen von der Stufe der Doppel-Einheit mit der Mutter bis zur Stufe der Selbstbefreiung, des homo liberator. Erst auf dieser Stufe kann es dem Menschen gelingen, sich von dem kranken Erbe, von den symptombildenden persönlichen Verdrängungen, von den Machtstrebungen des Habens und des Seins, von der Vereinzelung der Selbstwerdung wirklich zu befreien. (Vgl. Abb. 7.)

Im Gegensatz zur Daseinsanalytik steht ja der Mensch in der *Scha* nicht in der Lichtung des Seins – wie bei M. HEIDEGGER –, sondern in der *Lichtung des Werdens*. Wir betrachten somit den Menschen nicht in der Schau der Ontologie und Anthropologie wie die Existenzphilosophen und ihre psychiatrischen Nachfolger. Wir bleiben einfache Mediziner und Erzieher und begnügen uns mit der Sicht der *Onto-genese* und *Anthropo-genese*. Die Menschwerdung ist ein fließender, ständig in Bewegung stehender, fortschreitender Prozeß, der sein Endziel, den *homo humanus*, nur asymptotisch anzunähern, nie aber de facto zu erreichen vermag, obwohl er es seiner Natur nach erlangen sollte und könnte. Mit diesem Tatbestand muß sich jeder Therapeut, der sich die Humanisierung seiner Patienten als Heilziel gesetzt hat, früh genug konfrontieren, um in seiner Praxis keine Enttäuschungen und Erschütterungen erleben zu müssen. Dieser Umstand darf ihn aber nicht davon abschrecken, daß er den einzelnen wenigstens auf den einzig richtigen Weg zu führen versucht. Denn nur in der Lichtung der Menschwerdung kann der Kranke den Weg erkennen und wählen, der stets «menschlicher», humaner ist denn das Stehenbleiben auf irgendeiner Seinsstufe seines Entwicklungsganges, die zumeist noch eine inhumane Note trägt.

Die Wahl der Menschwerdung als Heilziel in dem erörterten Sinne unterscheidet somit die Schicksalstherapie nicht nur von der *Psa*, sondern von allen anderen Richtungen der Tiefenpsychologie. Es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß diese Zielsetzung der Schicksalstherapie von den Vertretern der verschiedenen Richtungen der Tiefenpsychologie als eine Anmaßung beurteilt werden wird. Man könnte uns einerseits vorwerfen, daß wir mehr anstreben als das, was ein Arzt in seinem Beruf praktisch anzustreben hat. Andererseits, daß ja auch ihre Zielsetzung – nämlich die Befreiung der Patienten von den störenden Symptomen mit gleichem Recht als Heilziel zur Menschwerdung beurteilt werden muß. Vorherhand sollen hier als Antwort folgende Behauptungen genügen:

Wir stellen nicht in Frage, daß die Befreiung der Patienten von ihren Symptomen auf dem Wege zur Menschwerdung des öfteren eine notwendige Station

sein kann. Wir behaupten aber, daß die *Symptomlosigkeit bei weitem nicht mit der Menschwerdung gleichbedeutend sei. Menschen mit neurotischen Symptomen können manchmal dem Endziel der Menschwerdung, dem homo humanus, näher sein als die Masse symptomfreier Menschen auf der Straße.* Die größten Humanisten der Weltgeschichte waren leichte oder sogar auch schwere Neurotiker – inklusive SIGMUND FREUD¹. *Die Symptomlosigkeit darf also u. E. nicht als das einzige oder ausschlaggebende Kriterium der Heilung und somit der seelischen Gesundheit angesehen werden.* Um das Heilziel der Schicksalstherapie richtig zu verstehen, müssen wir die Begriffe von «seelischer Gesundheit und Krankheit» ernst prüfen. Die seelische Gesundheit kann zwar für die Menschwerdung eine Chance bedeuten, sie schließt aber die Inhumanität überhaupt nicht aus.

Eben darum müssen wir die Begriffe von seelischer Gesundheit und Krankheit einem höheren Hauptbegriff unterordnen. Diesen fanden wir nun *in dem Begriff des gesunden und kranken Schicksals.* Wir wiederholen:

Schicksal bedeutet im allgemeinen die bewußte Übernahme der Aufgabe, die von der Natur bestimmten Entwicklungsstufen der Menschwerdung schrittweise der Reihe nach zu überschreiten, um dann zwischen den gegebenen und bewußtgemachten Existenzmöglichkeiten frei wählen zu können.

Aus dieser Definition folgt, daß das seelische Schicksal des Menschen genau so erkranken kann wie ein Organ. Wir nennen die Wahlkrankheiten des Ichs Schicksalskrankheiten und ihre Behebung: Schicksalstherapie.

Die Wahl des Ichs ist krankhaft:

1. wenn sie auf eine Existenzform fällt, die dem Alter nicht mehr entspricht und die Person in dieser inadäquaten Existenzform fixiert bleibt (S. FREUD) oder sogar versteinert;

2. wenn die Wahl auf die Wiederholung einer krankhaften Ahnenfigur des familiären Ubw fällt und die Person deren Ich-Störungen mit dem ganzen Schicksal zwangsläufig nachlebt.

In der ersten Kategorie der Schicksalskrankheiten figurieren die *freudschen* Übertragungsneurosen. Also: die Angst- und Konversionshysterie und die traumatische Zwangsneurose. Ferner von der Kategorie der sogenannten introjektiven Affektionen die Perversionen: Sadismus, Masochismus, Exhibitionismus, Fetischismus.

Zur zweiten Kategorie der Schicksalskrankheiten zählen wir: die schweren hereditären partizipativen und projektiven Psychosen, also die Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Beobachtungswahnkrankheiten, die inflativen, narzißtischen Affektionen, d. h. den Größenwahn, Erotomanie, Querulanz und Religionswahn, ferner die Schizomelancholie mit Versündigungsideen, den magischen Allmachtswahn der introjektiven Schizophrenen, die katatoniformen Negativismen, die Verzweiflungs-, Eifersuchts- und hypochondrischen Wahnkrankheiten, schließlich den Destruktions- und Selbstdestruktionswahn sowie die manisch-inflativen Krankheitsformen mit Suchtneigung, d. h. die sogenannte Schizomanie.

Freiheit und Zwang sind u. E. graduelle Abstufungen der Kräfteverhältnisse zwischen dem Erbe – also der natürlichen Bestimmung des Menschen – und der Wahlfreiheit des Ichs, also der Selbsterfüllung der Bestimmung durch den Akt der Wahl. Seelische Gesundheit und

¹ JONES, E.: Das Leben und Werk Sigmund Freuds. Huber, Bern u. Stuttgart, 1960.

Krankheit sind somit Folgezustände der Wahl des Ichs. Beide sind dem Begriff des Schicksals untergeordnet.

Freiheitsschicksal heißt die Wahl der Menschwerdung. Zwangsschicksale entstehen durch die Wahl intermediärer Entwicklungsstufen auf dem Wege der Menschwerdung und durch die Wahl der Wiederholung eines krankhaften Abnenschicksals.

Tab. 3. Vergleichende Untersuchungen über die Unterschiede zwischen der psychoanalytischen und schicksalsanalytischen Behandlung

In bezug auf ↓	Der Unterschied zwischen der Psychoanalyse		und der Schicksalsanalyse
I. das Schicksal:	Trieb-Schicksal als pars pro toto.		Ganz-Schicksal: 1. Erb-, 2. Trieb-Affekt, 3. Sozial-, 4. Mental-, 5. Ich-, 6. Geistes-Schicksal, 7. Zufall.
II. die psychische Situation:	Nur die Trieb-Ansprüche		Trieb- und Ahnen-Ansprüche werden gemeinsam analysiert
III. die Frage der Pathogenese und Ätiologie:	Die psychische Situation «verursacht» die seelische Erkrankung. Pathogenese = Ätiologie.		Die psychische Situation ist nur ein Auslösefaktor. Erst durch die Ahnenanalyse wird die Ursache der seelischen Erkrankung aufgedeckt. Pathogenese und Ätiologie müssen voneinander getrennt werden.
IV. die Traumdeutung:	Nur Triebträume		Trieb- und Abnenträume werden ausgelegt.
V. die Technik:	Nur das Erinnern wird passiv mit der		Das Erinnern und das Agieren werden passiv und aktiv mit der Einfallsmethode gefördert
VI. die Ich-Analyse:	Nur die Abwehr und der Widerstand		Abwehr, Spaltung, Widerstand, Integration, Partizipation und Transzendenz werden durchgearbeitet.
VII. das Heilziel:	a) die Symptombefreiheit und die b) Sublimierung der krankmachenden Triebansprüche.		a) Die Symptombefreiheit, b) Die Sozialisierung der kranken Ahnenansprüche und Ich-Störungen in den Berufen, c) Humanisierung.
VIII. das Anwendungsgebiet:	Traumatische Neurosen.		Hereditäre Trieb- und Ich-Störungen.

Diese Behauptungen der Schicksalspsychologie stehen heute nicht mehr so isoliert und abseits von der modernen Medizin wie zu Beginn unserer Forschungen (1937).

In seinem bekannten Buch «Der Mensch und seine Krankheit»¹ vergleicht ARTHUR JORES die Krankheitsprozesse des Menschen mit denen der Tiere und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

¹ JORES, A.: Der Mensch und seine Krankheit. Klett, Stuttgart, 1956.

«Das Seelische ist bei Tier und Mensch zunächst die Schicht des Antriebes. Es wird im Menschen offenbar durch die Sprache der Bilder. Der Mensch kann sich gegenüber der Schicht seiner Seele verschließen, er braucht den Antrieben nicht nur nicht zu folgen, sondern er kann auch bis zu einem gewissen aber begrenzten Ausmaß bewirken, daß er nichts mehr von ihnen erfährt. *Dem Menschen ist aufgegeben, in Freiheit demselben Ziel zuzustreben, dem das Tier im Zwang folgt*¹.»

Schicksalspsychologisch würden wir sagen: Das Tier folgt dem Zwangschicksal, das durch die Zwangsläufigkeit seiner instinktiven und vegetativen Lebensprozesse bestimmt wird. Dem Menschen hingegen ist die Aufgabe gegeben, sich von der Zwangsläufigkeit seiner Erb- und Triebnatur zu befreien und für sein Dasein ein Freiheitsschicksal zu wählen. Das nennen wir Menschwerdung, und das ist das Heilziel der Schicksalstherapie.

Die Übereinstimmung der modernen Strebungen der Medizin mit denen der Schicksalspsychologie und -pathologie kommt aber durch die Definitionen von Krankheit und Gesundheit bei A. JORES noch klarer zum Vorschein. Er schreibt:

«*Gesund ist derjenige Organismus, der über alle seine Möglichkeiten zur Selbstentfaltung verfügen kann, krank derjenige, der diese Möglichkeiten nicht zur vollen Verfügung hat*².» Was die Schicksalstherapie zu diesen Definitionen hinzugefügt hat, ist:

Erstens, daß sie die «Möglichkeiten», als erbbedingte Possibilitäten der Existenz, als *Existenzformen der Abnen*, von Fall zu Fall de facto bestimmt. Zweitens, daß sie unter «Selbstentfaltung» eben die freie Wahl des Ichs unter den – von der Natur – gegebenen Existenzmöglichkeiten versteht. Daher unsere Definition:

Gesundheit und Krankheit sind die Endergebnisse der bewußten bzw. unbewußten Wahl des Ichs unter den Existenzformen, welche im familiären Ubw dem Ich von dem Erbe zur Wahl angeboten werden.

Die Wandlung der heutigen Medizin von der rein naturwissenschaftlichen Orientierung zur «psychologischen» Medizin ist unverkennbar. Und noch mehr. A. JORES schreibt: «Jeder aufmerksame Arzt ist bei der Erhebung sorgfältiger biographischer Vorgeschichten immer wieder überrascht über die Zusammenhänge zwischen Krankheit, Lebensschicksal und sozialem Schicksal, wobei sich alle drei Faktoren in enger Weise miteinander verknüpfen³.»

Der Autor erwähnt mit Recht die Schriften von KREHL, WEIZSÄCKER⁴ und HOLLMANN⁵ als Vorarbeiten auf dem Gebiet der Beziehungen zwischen Krankheit und Schicksal. Nach einer fünfundzwanzigjährigen Forschungsarbeit ist es nach unserem Dafürhalten keine Anmaßung mehr, zu behaupten, daß es nun der Schicksalsanalyse gelungen ist, für diese theoretisch vorliegenden Zusammenhänge in der Medizin eine einheitliche empirische Disziplin, eine spezielle Genetik, Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals und seiner Erkrankungen zu ergründen und zu begründen.

¹ Ebenda: S. 47–48. (Vom Verfasser gesperrt.)

² Ebenda: S. 142.

³ Ebenda: S. 13.

⁴ v. WEIZSÄCKER, V.: Körpergeschehen und Neurose. Klett, Stuttgart, 1947. Studien zur Pathogenese. Thieme, Stuttgart, 1946.

⁵ HOLLMANN, E.: Krankheit, Lebensschicksal, soziales Schicksal. Thieme, Leipzig, 1940.

DIE TREPPE ZUR SEELISCHEN MENSCHWERDUNG

Das Wort «Schicksal» bedeutet somit nach den vorausgegangenen mehrschichtigen Erörterungen für die Therapie die freie Übernahme der Aufgabe, die von der Natur bestimmten psychischen Entwicklungsstufen der Menschwerdung der Reihe nach bewußt zu überschreiten und diejenige für die Zukunft zu wählen, bei der man auf die Dauer bleiben sollte und könnte. Die höchste Stufe, die des «homo humanus», bedeutet die Endstation dieses Entwicklungsganges, die aber nur wenige erlangen, und auch sie fallen zeitweise zurück. Dennoch besorgt jede Zwischenstufe auf dem langen Wege der Menschwerdung immerhin so viel, daß man den entgegengesetzten Weg des Inhumanen nicht wählt. Und das ist an sich nicht zu unterschätzen. Jede Stufe der Treppe, die zum homo humanus führt, bedingt eine besondere Form der Existenz. Das, was stehenbleibt, weiterschreitet oder zurückgeht, ist stets *das wählende Ich*. Je mehr es dazu fähig wird, das Gegensätzliche in allen mitgebrachten Existenzmöglichkeiten zu überblicken und die Possibilitäten zu ergreifen, um so größer ist die Chance, daß die Person auf der Humanisationstreppe eine höhere Stufe erlange.

In der Abb. 7 versuchen wir, die Possibilitäten als Stufen der Menschwerdung darzustellen. In unserem Schema wird zwar die jeweilig führende Elementarfunktion des Ichs stufenweise betont, doch müssen wir stets daran denken, daß dieses Ich in eine bestimmte ganzheitliche Existenz eingebaut ist und daß ihre Possibilität an eine bestimmte Erbnatur, Triebnatur, Weltanschauung und geistige Verbindung gebunden ist.

Phase O ist die *Periode der Partizipation*. Sie stellt das Menschenwesen in der Doppel-Einheit, der *Dual-unitas*, im *ersten Lebensjahr* dar. Die Welt des Kindes und die der Mutter ist noch eins. Wir nennen dieses Wesen *homo partizipator*. Das heißt: Ein Wesen, das nach Einssein mit der Mutter oder deren Ersatzperson strebt. Die unbewußte Ich-Funktion, welche diese Unitas oder Quasi-Identität bedingt, ist die *Partizipation*, bei der die Kraft zum Sein von einem Menschenwesen auf das andere, mit dem es eins und gleich sein möchte, projiziert wird. Die Naturvölker stehen meistens auf dieser Stufe der Entwicklung. Diese Lebensphase wurde insbesondere von IMRE HERMANN und RENÉ SPITZ aufgedeckt.

Bei Psychotikern und schweren Neurotikern kann eine Regression auf dieses Anfangsstadium der Dual-unitas beobachtet werden (ROSEN, R. SPITZ, BENEDETTI, Mme SÉCHEHAYE).

Phase A ist die des *homo repressor*, also des Menschen, der verdrängt und Symptome bildet (S. FREUD). Diese Entwicklungsstufe beginnt mit 3–4 Jahren in der sogenannten *ödipalen Phase oder ersten Pubertät*. Nach S. FREUD entstehen in diesem Lebensabschnitt alle primären Verdrängungen, welche – durch die im späteren Alter erfolgten Nach-Verdrängungen – als die Grundlagen zur Entstehung des *homo repressor*, des neurotischen Menschen, fungieren. Die Menschwerdung des homo repressor geschieht durch die *Sublimation*.

Phase B ist die des *homo potentator*. Sie stellt den Menschen dar, der seine Minderwertigkeitsgefühle durch Machtstrebungen überkompensiert (A. ADLER). Diese

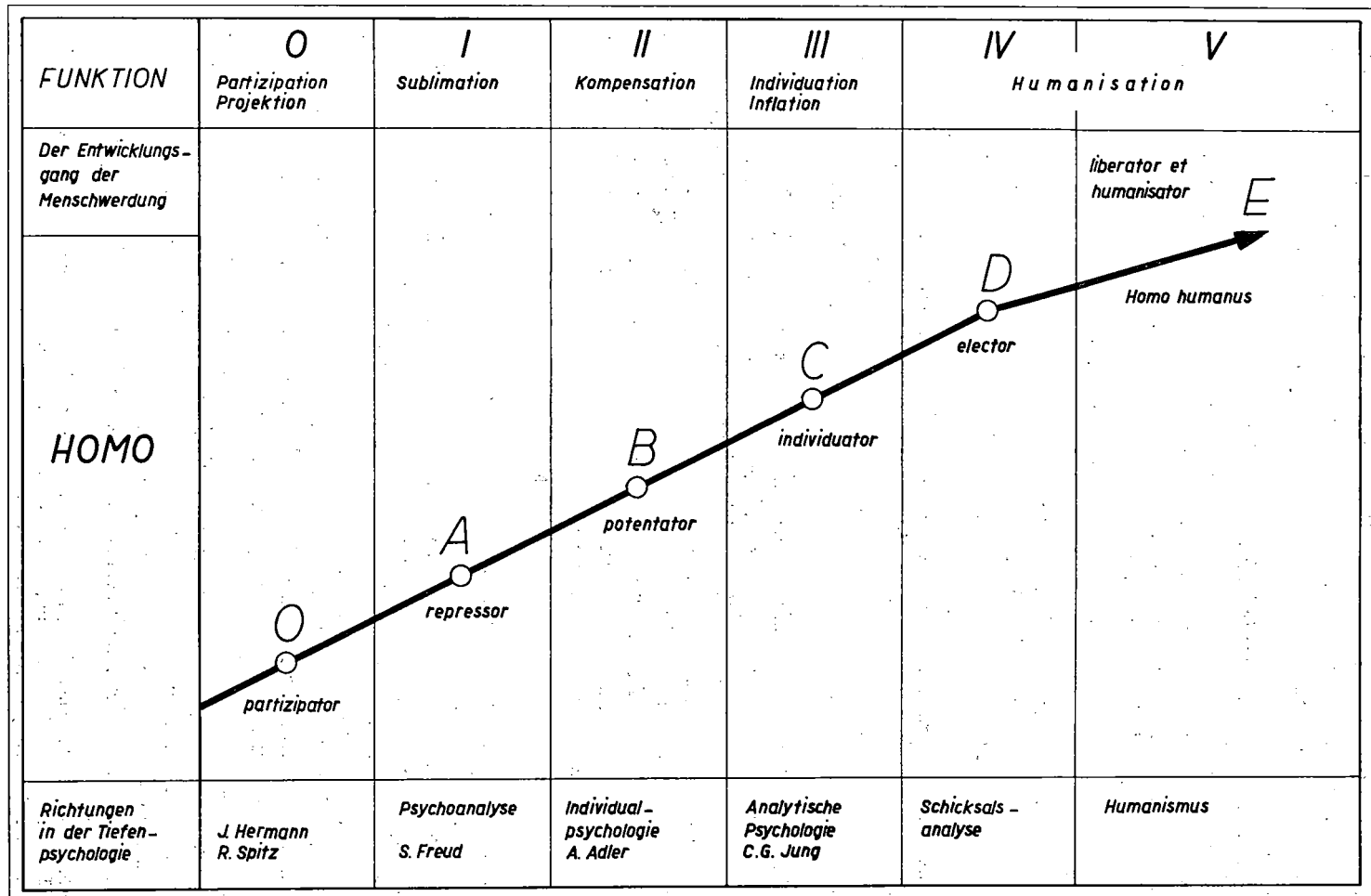


Abb. 7. Entwicklungsstufen der Menschwerdung im Hinblick auf die verschiedenen Richtungen in der Tiefenpsychologie

Entwicklungsphase entspricht den Perioden der Prä- und Post-Pubertät. Sie ist ein äußerst häufiger Fixationspunkt in der Entwicklung, besonders im heutigen technischen Zeitalter. Die führende Ich-Funktion ist die *Introjektion*, die Habmacht.

Phase C stellt den *homo individuator* dar. Sie ist die Periode der Selbstwerdung, der bewußten Vereinzelung und der schöpferischen Tätigkeit (C.G. JUNG). Die ersten Ansätze dieser Phase werden zu Ende der juvenilen, sogenannten inflativen Pubertät gelegt, im besonderen finden wir sie in den vierten und fünften Dezenien. Die führende Ich-Funktion der Individuation ist die *Inflation*, welche die Gefahr einer eigentlichen Megalomanie, Erotomanie, Theomanie und des Querulanzwahns in sich birgt.

Phase D zeigt uns den *homo elektor*. In dieser Entwicklungsperiode wird der Mensch sich seiner mitgebrachten Existenzmöglichkeiten bewußt und stellt sich selbst zur Wahl seines eigenen Schicksals in Beruf und Liebe, in Weltanschauung und Religion. Die führende Funktion des homo elektor ist die *Integration, die Vereinigung und Überbrückung aller komplementären Gegensätzlichkeiten*. Dadurch kommt der Mensch aus dem Engpaß der Individuation allmählich heraus und beginnt, seine Eigenliebe zur Nächstenliebe zu erweitern. Die wichtigsten Zeitabschnitte des homo elektor sind: a) 20–30 Jahre (Berufswahl), b) 30–40 Jahre (Ehewahl), c) nach 40 Jahren (Weltanschauungswahl).

Hier sei noch auf die *religiös-humanistische Richtung* (Phase V. [E] Tab. 4) in der Tiefenpsychologie kurz hingewiesen. Diese wird – unter anderen Autoren – im besonderen von A. MAEDER (Zürich) in seinem «*appellativen Verfahren*» (Psychosynthese - Psychagogik) vertreten. Auf den Hilferuf (Appell) des Kranken in seiner Not antwortet der Arzt mit Liebe und Autorität. «Die Quelle der Nächstenliebe» – schreibt A. MAEDER – «befindet sich nicht in den Gefühls- und Triebregungen des Menschen, sondern sie ist eine Gabe transzendenten Ursprungs: Folge und Geschenk des Glaubens¹.»

*

Das erörterte Schema der Menschwerdung (Abb. 7 und Tab. 4) weist noch auf zwei weitere Ergebnisse der Grundlagenforschungen hin.

Erstens sind die einzelnen Phasen nur Stationen der Menschwerdung und bieten keinen Anlaß zu einer Typologie. Der Tiefenpsychologie verdanken wir ja — unter anderem — die kühne Tat, daß sie die Grenzen des Typenhaften, welches eine ewig gleichbleibende Natur des Menschen voraussetzt, gesprengt hat. An Stelle der einstigen Typenlehre der Bewußtseinspsychologie versucht sie *eine allmenschliche und allgültige Entwicklungslehre der Menschwerdung* zu ergründen. Im Lichte der tiefenpsychologischen Ontogenese sind also der homo partizipator, der repressor, der homo potentator, individuator wie auch der homo elektor keine stets so bleibenden Menschentypen, sondern *nur Entwicklungsstufen der allgültigen Menschwerdung* bzw. vorübergehende oder andauernde Fixationen auf irgendeiner dieser Stufen.

Zweitens wird durch das erörterte Schema und die Tab. 4 ersichtlich, daß *die historische Reihenfolge der verschiedenen Richtungen in der Tiefenpsychologie* (Psychoanalyse,

¹ MAEDER, A.: Psychosynthese, Psychagogik. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III. Urban & Schwarzenberg, München u. Berlin, 1959, S. 406.
Ferner: Der Psychotherapeut als Partner. Rascher, Zürich, 1957.

Individualpsychologie, analytische Psychologie, Schicksalsanalyse, appellatives Verfahren) *weder das Werk eines launischen Zufalls, noch die Folge einer Sezession auf Grund eines persönlichen Ehrgeizes darstellt, sondern aus der natürlichen Notwendigkeit des Weiterforschens auf dem Gebiete der Menschwerdung her stammt.*

Diese Tatsache ist an und für sich schon ein gewichtiges Argument für die Notwendigkeit der *Integration der tiefenpsychologischen Richtungen*. Die Kolumbus-Rolle SIGMUND FREUDS wird auch in der vereinten Tiefenpsychologie unangestastet bleiben.

Die Beziehungen der Entwicklungsstufen zu den Altersklassen, Erkrankungsformen und Richtungen der Tiefenpsychologie werden in der Tabelle 4 zusammengefaßt. Da die Daseinsanalyse u. E. keine Tiefenpsychologie, sondern eine existenzphilosophische, ontologisch-phänomenologische Wesensschau des neurotischen und psychotischen Menschseins darstellt, figuriert sie nicht in der Abb. 7 und Tab. 4.

Tab. 4. Die Beziehungen der Entwicklungsstufen zu den Altersklassen, Erkrankungsformen und den tiefenpsychologischen Richtungen

Entwicklungsstufen: Homo →	0 <i>partizipator</i> (0)	I <i>repressor</i> (A)	II <i>potentator</i> (B)	III <i>individuator</i> (C)	IV <i>elector</i> (D)	V <i>liberator et humanisator</i> (E)	VI <i>regressor</i>
<i>Beginn in den Jahren:</i>	0–2 J.	3–4 J. <i>Erste ödipale Pubertät</i>	a) 9–12 J. <i>Vorpubertät</i> b) 35–40 J. <i>Arrivation</i>	a) 17–18 J. <i>Zweite inflative Pubertät</i> b) 40–50 J. <i>Klimax</i>	a) 20–30 J. <i>Berufswahl</i> b) 30–40 J. <i>Partnerwahl</i>	nach 40 J. <i>Weltanschauungswahl</i>	nach 60–70 J.
<i>Erkrankungsformen und Fixationen:</i>	<i>Partizipative Akzeptationsneurosen und Psychosen, (Schizophrenie, zirkuläre Psychose)</i>	<i>Übertragungsneurosen: Angstneurose, Konversionshysterie, Zwangsneurose</i>	<i>Introjektive Affektionen: Depression, Habmachtsucht, Fetischismus, Sadismus, Exhibitionismus. Morbus arrivationis</i>	<i>Inflative Affektionen: Seinsmachtsucht, Megalo-, Eroto-, Theomanie, Querulanz, inflatives Paranoid</i>	<i>Schicksals- und Wahlneurosen: Arbeits-, Berufs-, Ehe-, Glaubens-Neurosen. Hemmungen in der Menschwerdung</i>		<i>Regression auf eine niedrigere Stufe der Menschwerdung</i>
<i>Die besondere Richtung in der Tiefenpsychologie:</i>	Nutritions- und Partizipations-therapie: ROSEN, R. SPITZ, BENEDETTI, Mme SÉCHÉHAYE usw.	<i>Psychoanalyse, S. Freud</i>	<i>Individualpsychologie A. Adler</i>	<i>Analytische Psychologie, C. G. Jung</i>	Schicksalsanalyse	Appellative Therapie A. Maeder	

ZWEITER TEIL

TECHNIK

ZWEITER TEIL

TECHNIK

Auf die grundsätzlichen Unterschiede zwischen der psychoanalytischen und schicksalsanalytischen Technik wurde im Kapitel VII bereits hingewiesen. Sie stammen letztlich daher, daß die Psa intentional auf die persönlich erlebte traumatische Vergangenheit, die Scha daneben noch auf die familiäre Vergangenheit, also auf die Ahnenexistenzen, und insbesondere auf die Zukunftswahl der Person gerichtet ist. Die analytische Technik ist aus der Literatur bekannt¹⁻⁵. Hier beschränken wir uns nur auf die Erörterungen jener Störfaktoren, welche die Dauer einer Analyse ins Unendliche und Unabschließbare auszudehnen vermögen. Unsere erste Frage bezieht sich auf die Technik der Voruntersuchung und der Indikationsstellung.

Dritter Abschnitt

INDIKATION UND GEGENINDIKATION EINER ANALYTISCHEN BEHANDLUNG

Kapitel IX

TECHNIK DER VORUNTERSUCHUNG

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurose

Soll man *vor* einer psychoanalytischen Behandlung eine persönliche und familiäre Anamnese in Form einer Exploration, einen Status praesens des Analysanden, aufnehmen und eine Diagnose stellen, um danach zur Frage der Indikation Stellung nehmen zu können? Erstaunlicherweise gehen schon bei dieser Vororientierung die Meinungen der gleichen psychoanalytischen Schule diametral auseinander. Die eine Gruppe behauptet, daß die Indikation zu einer Psychoanalyse sich auf der Trias: Anamnese, Status und Diagnose, aufbauen müßte. So äußert sich z. B. MARIA PFISTER-AMMENDE 1952⁶, indem sie voraussetzt, daß die

¹ FREUD, S.: Zur Technik. Ges. Werke, Bd. VI, S. 1-151.

² FERENCZI, S.: Zur psychoanalytischen Technik. Bausteine zur Psychoanalyse. Int. Psa-Verlag, Leipzig, Wien, Zürich, II. Band, S. 38-248.

³ RANK, O.: Technik der Psychoanalyse. Deuticke, Leipzig-Wien. Bd. I 1926, Bd. II 1929, Bd. III 1931.

⁴ BALLY, G.: Die Psychoanalyse S. Freuds. Im Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, 1959.

⁵ NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre. Huber, Bern und Stuttgart, 1959, *und andere*.

⁶ PFISTER-AMMENDE, MARIA: Die Indikation zur Analyse. Psyche, Jg. VI, H. 1, 1952, S. 59.

Psa eine medizinische Heilmethode darstellt. (Darum gebrauchte ja S. FREUD in seinen Schriften so oft den Ausdruck «Arzt» und nicht «Psychoanalytiker».) Eine zweite Gruppe von Psychoanalytikern behauptet das Gegenteil: insbesondere die Gruppe in Zürich unter der Leitung von P. PARIN. Er schreibt 1958: «Die psychiatrische Untersuchung, Exploration, Rekonstruktion des Lebenslaufs, die Beobachtung und die Beschreibung der psychopathologischen Symptome, die zur Stellung einer genauen Diagnose nötig sind, vermögen gewiß in manchen Fällen Anhaltspunkte über die Triebstärke und die Stärke der Elastizität des Ichs zu geben. Ich glaube aber in den meisten Fällen auf dieses Verfahren verzichten zu können, ja oft mit Vorteil verzichten zu müssen¹.» Zur Begründung dieses Verzichtes werden folgende Momente angeführt: 1. Die Diagnose allein kann uns keine Auskunft über die Indikation geben; 2. die Abschätzung der absoluten quantitativen Stärkeverhältnisse zwischen den Trieben und dem Ich – wie dies von NACHT und LEBOVICI² gefordert wird – bleibt stets unsicher; 3. die Exploration, d. h. Fragen, Befragungen, Testuntersuchungen, verfälschen die Übertragung. An Stelle der üblichen medizinischen Trias bei der Vororientierung empfiehlt PARIN – in Anlehnung an S. FREUD – die Probeanalyse, da durch diese die psychopathologischen Symptome wie auch die Dynamik der Übertragung durch direkte Beobachtung ohne Verfälschung der Übertragung spontan erfaßt werden.

Der Gegensatz in der Beurteilung der Vor- und Nachteile einer Vororientierung hat u. E. noch eine tiefere Wurzel. Die übertriebene Angst, daß man die Übertragung durch die Exploration «verfälschen» könnte, ist des öfteren nur ein Deckversuch für eine andere Notstrebung, die nicht erwähnt wird. Es ist der Schutz der «Laienanalytiker». Dieser Schutz wird mit den Jahren immer stärker, denn die Zahl der nur psychologisch-philosophisch geschulten Analytiker beginnt die Gruppe der medizinischen Analytiker allmählich zu überragen. Einige Mediziner versuchen nun ihre Position – wegen der Minderheit – dadurch zu sichern, daß sie die Psychoanalyse quasi «entmedizinieren»; andere hingegen wollen, daß nur Mediziner heilen dürfen. Dem Psychologen als Analytiker fehlen ja zumeist die medizinische Vorbildung zur Aufnahme einer persönlichen und familiären Anamnese wie auch die psychiatrischen Kenntnisse zur Differentialdiagnose. So gibt man ihm – als Kompromiß – den Rat, die Voruntersuchung fallen zu lassen und sofort mit einer Probeanalyse zu beginnen.

Im Prinzip sind wir *für* und nicht gegen die sogenannten Laienanalytiker. Man soll aber dafür sorgen, daß auch die «psychologischen» Analytiker 1. die nötigen psychiatrischen Kenntnisse erwerben, 2. in einer psychiatrischen Klinik ein Praktikum machen, 3. insbesondere aber sich die spezielle «medizinische» Denkart aneignen. *Denn: das analytische Heilverfahren muß in der Denkweise eine medizinische Note tragen, sonst verfällt es einem Dilettantismus.* Will also ein Psychologe «heilen», dann muß er über die medizinische Denkart und die nötigen psychiatrischen Grundlagen im Tun und Lassen verfügen. Meine Erfahrungen bestärken diese Möglichkeit. Unter meinen Schülern gibt es so manche, die eine «medizinische» Anamnese, einen Stammbaum und eine psychiatrische Diagnose oft besser aufnehmen vermögen als viele unter jenen Medizinern, die nicht direkt aus der Psy-

¹ PARIN, P.: Die Indikation zur Analyse, Psyche, Jg. XII, H. 6, 1958, S. 370.

² NACHT, S. et LEBOVICI, S.: Indications et contre-indications de la psychoanalyse. Revue Franç. de Psa., 1955.

chirurgie zur Analyse gelangen. Die Zielsetzung der mehrjährigen psychotherapeutischen Seminare ist in unserem Kreis – neben dem Technischen – eben auf die Erwerbung des medizinischen Denkens gerichtet. Somit verlieren unsere Kandidaten allmählich ihre «laizistische» Note. Sie werden natürlich keine Mediziner, denken aber als Psychologen dennoch medizinisch. Wir müssen somit zwei Gefahren abwehren: Erstens, daß die in Minderheit geratenen medizinischen Analytiker zu «Nur-Psychologen» werden; zum zweiten, daß die «psychologischen» Analytiker sich mit ihrer medizinischen Denkart als «Mediziner» fühlen. Beide Kategorien müssen medizinisch *und* psychologisch denken können.

Wir erachten die Verfälschungsangst bezüglich der Übertragung auch deswegen für übertrieben, weil nach unserer Erfahrung die Erscheinung der «Verfälschung der Übertragung» nur bei einem kleinen Teil der Analysanden auftritt, und zwar bei denen, welche auch ohne Exploration einen massiven Übertragungswiderstand zu früh produzieren.

In bezug auf die Rolle der Diagnose schließen wir uns der Meinung an, daß diese in der Stellung der Indikation einer analytischen Behandlung niemals ausschlaggebend sein darf. Die Begründung besteht – wie wir noch ausführen werden – darin, daß u. E. nur eine erweiterte Trieb- und Ich-Diagnose und nicht die schablonenartige psychiatrische Diagnose in der Frage der Indikation gültig sein kann. Eben dieser Umstand macht die Aufzählung der «klinischen» Diagnosen in einer Indikations- und Gegenindikationstabelle überflüssig.

B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen

Hier wird den Voruntersuchungen eine gewichtige Rolle in der Indikationsstellung eingeräumt.

1. Ein schriftlicher, ausführlicher Lebenslauf wird zumeist verlangt. Nur ganz wenige lehnen dies ab; sie entpuppen sich später des öfteren als Paranoide. Die Lebensläufe dienen nur dem Ziel einer Vororientierung und sollen nicht schon bei der Voruntersuchung in Einzelheiten mit dem Analysanden durchgesprochen werden. Hypochondrische und zwangsneurotische Analysanden bringen ihre Lebensläufe spontan und oft fast als Lebensroman in die Länge gezogen mit sich. Chronologische Darstellung der Symptomatik kann zwar von Nutzen sein, ist aber nicht unbedingt notwendig. Die Konstruktionen des Analysanden über die Entstehungsgeschichte seiner seelischen Erkrankungen können uns über seine Neigung zu Grübeleien, Intellektualisierungen, Anschuldigungen bzw. Selbstbeschuldigungen usf. wichtige Daten liefern. Die schriftliche Selbstdarstellung mag auch öfters beim Patienten das Gefühl bestärken, daß er einer analytischen Behandlung unbedingt bedürfe. Somit kommen die Kranken danach mit einem stärkeren Krankheitsbewußtsein in die Analyse.

2. Die Aufnahme der Familiengeschichte und das Aufstellen des Stammbaumes stößt bei einigen Analysanden auf große Schwierigkeiten. Oft liefern uns aber die Eltern wertvolle Daten, insbesondere wenn man von ihnen neben dem eigenen Stammbaum auch den des Ehepartners verlangt. Fast alle Stammbäume sollten – soweit möglich – noch durch die Daten der behandelnden Ärzte und die Krankengeschichten der internierten Familienglieder ergänzt werden. Beim Auf-

stellen des Stammbaums sind zu notieren: Geschlecht, Alter, Beruf, Charakter, körperliche und seelische Erkrankungen sowohl aller Blutsverwandten, womöglich bis zur dritten Generation nach oben, wie auch der sogenannten Wahlverwandten, d. h. aller Personen, die von den Blutsverwandten als Ehepartner gewählt wurden¹; ferner Unfälle und Todesursachen. Es gibt Patienten, die sich schon bei der ersten Besprechung mit dem Stammbaum zur Analyse melden. In einzelnen Fällen müssen wir auf ihn verzichten, teils wegen des zu großen Widerstandes, teils mangels Kenntnissen über die Familiengeschichte, was sich aber später als Skotombildung entpuppt. Diese Fälle sind selten; es kommt vor, daß auch solche Patienten nachträglich spontan ihren Stammbaum abliefern, wenn sie nämlich in der Analyse die Rolle der Ahnen in ihrem eigenen Schicksal durch Träume und Einfälle entdecken und selber erleben.

Der Schicksalsanalytiker soll die Auslegung der genealogischen Daten mit dem Analysanden *nie* zu Beginn der Behandlung durchführen. Während der Bearbeitung bestimmter Ahnenträume kann er zwar schon auf gewisse Ahnenfiguren aus dem Stammbaum hinweisen. Die globale Auswertung des Stammbaumes soll man aber ans Ende der Analyse setzen.

Er muß während der Behandlung den ganzen Stammbaum des Analysanden ständig bis in die kleinsten Details im Kopf – oder aufgezeichnet vor sich auf dem Schreibtisch – haben, denn nur so wird er fähig sein, die Einbrüche gewisser Ahnenfiguren aus dem familiären Unbewußten in die Traum- und Einfallswelt richtig zu agnoszieren. Er ist ja stets auf der Suche nach den krankmachenden Ahnenfiguren, die sich jeweils in den Stunden durch die Träume und Einfälle, nicht selten in Form von Agieren, offen manifestieren. Auf diesem Wege ist er imstande, jene Existenzmöglichkeiten des Analysanden zu entdecken, die sich im Laufe der Analyse allmählich prägnanter hervordrängen. Und eben dazu leistet uns der Stammbaum eine große Hilfe. Wir dürfen aber unsere Aufmerksamkeit nicht nur auf die kranken Ahnenfiguren richten. Die Gesunden, d. h. die in Beruf und Charakter sozialisierten und sublimierten Ahnenfiguren, welche in den Träumen und Einfällen wiederholt auftreten, müssen auch deshalb mit demselben Interesse verfolgt werden, weil die Zukunftswahl der Existenzform seitens des Analysanden oft am Ende der Analyse eben in diese Richtung fallen könnte. Wie bereits erwähnt wurde (Kap. III), können kranke Ahnenfiguren in ihrer nativen Existenzform in den Träumen erscheinen. Das heißt, daß dem Konduktor von Schizophrenie oder Melancholie oder Epilepsie im Traum schizophrene, melancholische oder epileptische Figuren erscheinen und der Patient die Identität oder die Identifizierung mit diesen Figuren entdeckt. Er wird sich dieser existenziellen Possibilität bewußt (vgl. Fall 6). Zumeist aber erscheinen im Traum gesunde Freunde, Bekannte, über die dann der Analysand uns mitteilt, daß sie geisteskrankte Mitglieder in der Familie haben. Nur lückenlose Kenntnisse der Familienschicksale des Analysanden ermöglichen, daß der Schicksalstherapeut diese Zusammenhänge zu merken und gelegentlich – beim Durcharbeiten der Existenzmöglichkeiten – auf diese Traumfiguren hinzuweisen vermag. Auf diese Art kann der Schicksalsanalytiker die in den Träumen und Einfällen erscheinenden Figuren immerfort mit den vorhandenen Stammbaumfiguren vergleichen und – am Ende

¹ Wir nennen diese Art von Stammbäumen die «genotropistischen». Vgl. hierzu: Schicksalsanalyse, Benno Schwabe, Basel, II. Aufl., S. 86 ff.

der Behandlung – die ganze Existenzskala der Patienten mit ihm durcharbeiten, um ihn unter den persönlich erlebten Possibilitäten frei wählen zu lassen.

Man könnte hier einwenden, daß diese schwere Arbeit bei den hereditären Ich-Veränderungen und Triebstörungen vielleicht nützlich sein könnte, hingegen bei den exogenen traumatischen Neurosen eine überflüssige Belastung der analytischen Arbeit wäre. Gegen diesen Einwand müssen wir folgende Momente anführen:

Erstens: Wenn man keinen Stammbaum aufstellt, so wird man die durch unbewußte Dissimulation verdeckten Ich-Veränderungen in der kurzen Zeit einer Probeanalyse kaum aufdecken können, oft sogar nicht einmal in einer langen Analyse. Als Beispiel brachten wir den Fall 6. Hätte die Psychoanalytikerin in diesem Falle den Stammbaum, in dem zwei paranoide Tanten und einige Epileptiker figurieren (siehe Abb. 6, Stammbaum zum Fall 6), aufgestellt, so hätte sie die schon in der ersten Analyse auftretenden klassischen Ahnenträume nicht als sexuelle gedeutet oder als nichtssagende Träume fallen gelassen. Im Besitz des Stammbaums wäre sie imstande gewesen, die latenten Ich-Veränderungen, die sich später offen manifestierten, mit der Patientin, die sogar Irrenpflegerin war, im operotropistischen Sinne rechtzeitig durchzuarbeiten und ihr dadurch große Qualen und eine zweite Analyse zu ersparen.

Zum zweiten haben die Stammbaumuntersuchungen in der Wahl der therapeutischen Richtung eine entscheidende Rolle. Bei Neurosen, die in den Stammbäumen keine Häufung von psychotischen, epileptischen oder sexualabnormen Mitgliedern aufweisen, kann man eine traumatische, vorwiegend exogene Genese annehmen und den Patienten eine klassische psychoanalytische Behandlung nach FREUD empfehlen. Das tue ich auch in meiner Praxis. Fälle mit gehäuften Psychosen oder Anfallserkrankungen gehören zum Arbeitsbereich des Schicksalsanalytikers, insbesondere wenn in der Familie eine bestimmte Ich-Veränderung oder affektive Anfälligkeit oder auch konstitutionelle Triebstärke (Homosexualität, Fetischismus, Masochismus, Sadismus, Exhibitionismus) in der gleichen Prägung gehäuft vorkam. Somit erlangt die genealogische Voruntersuchung in der Frage, ob Psychoanalyse oder Schicksalsanalyse am Platze sei, eine Rolle des «Weichenstellers» in der Wahl des Behandlungsweges.

Drittens hat die genealogische Familienanamnese eine gewichtige Rolle für die Prognose. So wurde von uns festgestellt, daß gehäuften Zwangserkrankungen, Hypochondrien im Stammbaum und vermutlich auch in der Existenzgarbe der Konduktor-Analysanden auch bei ersten Ich-Veränderungen die Prognose begünstigen. Das gleiche wurde in der Psychiatrie von E. STENGEL, C. MÜLLER, A. LEWIS katamnestisch bei der Schizophrenie beobachtet¹. Über diese wichtigen Zusammenhänge werden wir im dritten Teil ausführlich referieren. Hier sei noch erwähnt, daß mein Mitarbeiter, Vikar A. BEELI (Luzern), diese klinisch-katamnestischen Daten mit Hilfe einer *experimentellen Prognostik* auf Grund meines Testes an einem großen Material bekräftigen konnte.

Und nun gelangen wir zur Erörterung der am meisten umstrittenen Frage der Voruntersuchung.

¹ STENGEL, E. (Sheffield, England): Neurosenprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. Psychiatrie der Gegenwart, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960, Bd. II, S. 206 f.

DIE ROLLE DER EXPERIMENTELLEN EXISTENZ-ANALYSE IN DER INDIKATIONSBESTIMMUNG

Zur Blütezeit der Psychoanalyse in Wien wurde meines Wissens der Rorschach-Test in der Phase der Vororientierung häufig benützt. Die damalige enge Verbindung zwischen den Analytikern in Wien und Budapest brachte es mit sich, daß um die dreißiger Jahre eine Wiener Analytikerin für die Interessenten unter den Budapester Psychoanalytikern und für meine analytisch geschulten Assistenten und Mitarbeiter eine Einführung in das Rorschach-Verfahren gab. Daraus schließe ich, daß die Stellungnahme zur Anwendung von Testen der Wiener und Budapester Psychoanalytiker zu jener Zeit eine andere war als diejenige von P. PARIN (1958).

Seit 1937 verfügt nun die Scha über ein eigenes Verfahren zur «Experimentellen Trieb- und Ich-Diagnostik». Dieses Testverfahren wurde strukturell einerseits auf Grund des Trieb-Ich-Kampfes im Sinne FREUDS aufgebaut, andererseits seine Ergebnisse unter anderem durch die psychoanalytische Behandlung geprüft¹. Seither figuriert in unserem Kreis die Aufnahme einer Zehnerserie von Triebprofilen im Vordergrund und die der sogenannten Komplementprofile im Hintergrund als eine fast unerläßliche Bedingung in der Indikationsstellung zur Analyse. Einige Psychoanalytiker in der Schweiz und im Ausland haben sich diesem Verfahren angeschlossen². Die Anwendung der experimentellen Triebdiagnose als Indikationsmittel wird durch folgende Vorteile begründet:

Erstens gibt dieses Verfahren ein plastisch-sichtbares Bild der Stärkeverhältnisse zwischen dem Ich und den Trieben. Somit wird dem Postulat von NACHT und LEOVICI (Paris) in der Indikationsstellung Genüge getan.

Zweitens werden die Abwehrarten und insbesondere die gefahrbringenden Ich-Veränderungen – wie z. B. die übermäßige Projektion, die bremsenlose Inflation, die übertriebene Introjektion und Destruktion wie auch die Desintegration im Ich, aufgedeckt.

Drittens orientiert uns dieses Verfahren auch über die präpsychotischen oder bereits schon psychotischen Spaltungsvorgänge im Ich, wodurch der Analytiker eine rechtzeitige Warnung über die Possibilität einer Psychose bekommt.

Viertens deckt es die besondere Art der Libidofixierungen, d. h. die prägenitale, ödipale, invertierte und pervertierte Fixierung, wie auch ihre Stärke auf.

Auf diese experimentellen Mitteilungen und Warnzeichen in der Vororientierung zu verzichten, ist u. E. nicht nur ein Luxus, den sich keiner von uns – im Interesse des Patienten – erlauben sollte, sondern oft auch ein Kunstfehler, da sie uns unmißverständlich zu warnen vermögen, wo eine Kontraindikation zur Analyse vorliegt. Als Paradigma erwähnen wir jene Fälle, bei denen der Test die paranoide Ich-Veränderung hinter einer vordergründigen Zwangsneurose aufdeckt.

¹ SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik, II. Aufl., H. Huber, Bern und Stuttgart, S. 392.

² Vor nicht langer Zeit hat die Schweiz. Ges. f. Psychoanalyse in Basel auf Anregung von Dr. med. SARASIN einen Einführungskurs in den Szondi-Test durch Prof. E. Schneider durchgeführt.

Fall 4 zeigt, welche Folgen das Nichtakzeptieren der Warnung durch die Testergebnisse zeitigt. In diesem Fall begingen wir selber den Fehler.

Fünftens setzt uns der Test instand, die führenden Existenzmöglichkeiten der Person noch vor der Analyse zu studieren und – während ihrer Dauer – die günstigen Wandlungen der Existenzmöglichkeiten zu fördern, die ungünstigen, gefährlichen Existenzformen hingegen mit dem Analysanden noch rechtzeitig durchzuarbeiten und womöglich im Beruf zu sozialisieren. Mit den Jahren ist es uns gelungen, auf Grund der Testsyndromatik¹ jene Testmerkmale herauszufinden, welche für eine bestimmte, in sich einheitliche Existenzform charakteristisch sind. Somit gelangten wir in der «*Experimentellen Existenzanalyse*» zu den nachfolgenden 17 selbständigen Existenzformen, die wir nach ihrer Tendenz, ob Ich- oder Triebveränderungen in ihnen tonangebend sind, gruppierten.

I. Existenzformen mit hereditären Ich-Veränderungen bzw. mit Spaltungen

1. *Präpsychotische Existenz* mit Ich-Desintegration und destruktivem Masochismus; oder Selbstmordgefahr mit völliger Entfremdung und Ablehnung des Kontaktes mit der realen Welt.

2. *Projektiv-paranoide Existenz* mit Übermacht der Projektion.

3. *Inflativ-paranoide Existenz* mit Übermacht der Besessenheit und Mangel an Stellungnahme.

4. *Hebeforme Existenzen* mit Anzeichen der Überstärke des theatralischen Hysteriefaktors, des Destruktionsbedürfnisses, der Projektion und Inflation und der Kontaktstörung.

5. *Katatoniforme Existenz* mit Dominanz des Negativismus und Entwertung aller Ideale.

II. Existenzformen mit Dominanz der Kontakt- und Stimmungsstörungen

6. *Depressive, anale Existenz* mit Kleben und Versinken in der Vergangenheit ohne Anlehnung an die Zukunft.

7. *Maniforme oder hypomanische Existenz* mit Mangel des Bejahens des Lebens, mit Inflation und Verwahrlosung.

8. *Psychopathische Existenz* mit Verlust der Zensur, der ethisch-moralischen und geistig-vernünftigen Stellungnahme der Mitte, d. h. mit Dominanz der Randtriebe (Sexus und Haltlosigkeit).

III. Sexuell-neurotische Existenzen

9. Sexuelle Inversionen.

10. Sexuelle Perversionen.

¹ SZONDI, L.: Triebpathologie, H. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 237- 510.

IV. Ich-neurotische Existenzen

11. Hypochondrische Existenz.
12. Organneurotische Existenz.
13. Zwangsneurotische Existenzen.

V. Paroxysmal-neurotische Existenzen

14. *Epileptiforme*, affektanfällige Existenz mit tötender oder übergerechter Gesinnung.
15. *Hysteriforme affektanfällige Existenz* mit Dominanz des Geltungsdranges oder des Sich-Verbergens in einer irrealen Phantasiewelt oder Pseudologie.

VI. Sozialisierete Existenzen

16. *Alltags-Existenz*.
17. *Humanisierungs-Existenz*.

*

In der Voruntersuchung werden nun 10 Vordergrund-, 10 theoretische Hintergrund- und 10 experimentelle Komplementprofile, insgesamt also 30 Einzelprofile, auf Grund der Dominanz der gelieferten Testsymptome auf ihre spezielle Existenzmöglichkeit geprüft und in ein Schema der Existenzskala eingeführt. *Es handelt sich somit hier nur um Possibilitäten und nicht um klinische Diagnosen.* Die Vordergrundprofile sind horizontal (≡), die theoretischen Komplementprofile diagonal schraffiert (▨), die experimentellen Komplementprofile punktiert (⋮). Wir nennen dieses Verfahren die «Methode der experimentellen Existenzanalyse». Das aufgezeichnete Schema orientiert den Psychotherapeuten:

1. über die dominierenden Existenzmöglichkeiten in der genetischen Struktur der Person;
2. über die gefahrbringenden und günstigen Existenzmöglichkeiten.
3. Bei Wiederholung der Testuntersuchungen vor Abschließen einer Analyse kann man die Vertauschung der Existenzformen als Folge der Behandlung exakterweise feststellen.
4. Vor der Analyse dient aber die experimentelle Existenzanalyse zur Aufstellung einer Indikation, einer Prognose und eines Heilplans.

Die Frage der Indikation und Kontraindikation wurde somit nicht durch die psychiatrische Diagnose, sondern durch Auflösung der klinischen Wirklichkeit in ihre Existenzmöglichkeiten beantwortet. Mein Mitarbeiter, Vikar ARMIN BEELI, hat nun eine Prognoseskala auf Grund der persönlichen Existenzskala der Kranken ausgearbeitet und kam nach «blinder» Erprobung dieser «Prognoseskala» an 140 ihm unbekanntem Fällen mit mehrjähriger Katamnese zu folgenden Resultaten:

In 83% der Fälle war die experimentelle Prognose richtig (116:140), und nur 17% (24:140) erwiesen sich als falsch, ein Beweis für die Richtigkeit unserer Annahme, daß die Quantität und Qualität der mitgebrachten Existenzmöglichkeiten

und nicht die aktuelle klinische Diagnose für die Prognose einer Behandlung ausschlaggebend sind.

Die prognostische Skala nach A. BEELI fußt a) auf der qualitativen Bewertung der Einzelexistenzen; b) auf der Sozialwertung der Einzelprofile.

Existenzformen der Sozialisierung und Humanisierung, ferner die des Zwangscharakters begünstigen die Prognose. Die Häufung der Existenzformen von Irrealität, Irrewerden, Selbstdestruktion, Heboidie und Psychopathie sprechen für eine ungünstige Prognose¹.

Einige Beispiele sollen hier zur Demonstration des Erörterten stehen.

Fall 10: Experimentelle Existenzanalyse einer manischen Frau. Die 49jährige Hausfrau war in der Heil- und Pflegeanstalt «Lipótmezö» in Budapest interniert. Ein Auszug aus der Krankengeschichte:

Erste Aufnahme. 1924–1927 mit der Diagnose *Manie*. Zweite Aufnahme XI. 1937. Patientin ist sehr erregt, überlaut und logorrhöisch. Gibt ihre Personalien recht gut selbst an. Erzählt, daß ein Mann ihr den Hof mache. In dieser Liebe ist sie verrückt geworden, denn ihr Blut hat sie stets zu jenem Mann getrieben, ihr Bruder aber hielt ihn für einen Betrüger und verhinderte die Beziehung. Der Wunsch nach ihm war aber am Vorabend ihrer Einlieferung in die Anstalt so rasend groß, daß sie die Fensterscheiben und den Spiegel mit der Hand kaputtgeschlagen hat. Während der körperlichen Untersuchung schmiegte sie sich erotisch an den Arzt und flüsterte ihm Liebesgeständnisse ins Ohr; dabei lachte sie überlaut. Sie ist *euphorisch, hypomanisch*. Zeitlich-räumlich gut orientiert. 1938/39: *Manisch*. 1940: Sehr unruhig, entwickelt *Größenwahnideen*, ist auch aggressiv, will eine Mitinsassin töten. Während der Testuntersuchungen spricht sie ununterbrochen. *Beschuldigt die Umgebung*, man wolle sie foltern, man habe ihren Sohn von ihr weggenommen; ihr Mann wurde mit Insektengift getötet, auch ihr Vater ist ermordet worden. Man hat sie selbst nackt in eine Zelle geworfen und wollte sie zu Tode hungern lassen. Alle Ärzte verfolgen sie mit Liebesansprüchen. (Paranoide Verfolgungsideen siehe die Existenzskala Abb. 8.) Ein andermal entwickelte sie Größenideen: Ihr Vater sei ein katholischer Pfarrer, ihr Onkel ein Bischof. Mit Vorliebe spricht sie davon, wie sehr sie die Einbrecher und die Gefangenen in den Gefängnissen liebe.

Am Tage der Aufnahme der 10 Profile hatte sie tatsächlich einen paranoiden Verfolgungsanfall. Beschuldigte die Ärzte, sie seien alle Giftmischer und Mörder; einer von ihnen hätte ihre Kollegin in der Anstalt getötet. Hohe politische Funktionäre werden von ihr besudelt und bedroht. Zum Schluß behauptet sie, sie habe sich vor den Männern in die Anstalt flüchten müssen, da man sie so sehr mit Liebe verfolgte.

Die Auflösung der klinischen, d. h. manischen Wirklichkeit in die Existenzmöglichkeiten wird in Abb. 8 sichtbar gemacht. Die Interpretation lautet:

1. Im Vordergrund dominiert die maniforme Existenz (7½ Quadrate).
2. Im Hintergrund lauert die melancholische Existenz (6 Quadrate), fast mit gleich starker Tendenz.
3. Auch eine inflative Existenz ist im Hintergrund feststellbar, die aber quantitativ nicht so stark wie das Manisch-Depressive (2 Quadrate = 4 × ½ Quadrat) ist.
4. Alle anderen Existenzmöglichkeiten fehlen, insbesondere die Zwangs- und die Sozialisierungs-Existenzen.

Ein Blick auf diese experimentelle Existenzskala genügt, um die Unheilbarkeit der Patientin festzustellen, denn die einzige Existenzform, mit welcher die zirkuläre zu vertauschen wäre, ist die inflativ-paranoide. Ihre Krankengeschichte

¹ Näheres über die Technik siehe in der Arbeit von:

BEELI, A.: «Prognose und Indikation einer Psychotherapie». Bericht des II. Kolloquiums der Int. Forschungsgem. f. Schicksalspsychologie: Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals. Szondiana III. Huber, Bern und Stuttgart, 1961, S. 101 ff.

Existenzform

Häufigkeit (Anzahl der Profile)

1. Präpsychot.
2. Proj.-paranoid
3. Infl.-paranoid
4. Heboform
5. Katatoniform
6. Depressiv
7. Maniform
8. Psychopath.
9. Perversion
10. Inversion
11. Hypochondrie
12. Zwanghaft
13. Epi-paroxysm.
14. Hy-paroxysm.
15. Organneurot.
16. Alltagsexistenz
17. Sozial./Humanis.

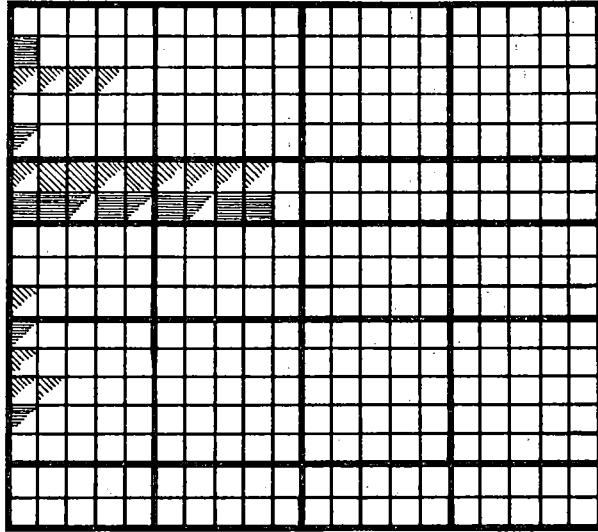


Abb. 8. Experimentelle Existenzskala einer manischen Frau

hat in der Tat die Possibilität dieser Vertauschung aufgezeigt. So kam sie aber vom Regen in die Traufe.

Fall 11. Experimentelle Existenzanalyse eines inflativen Paranoiden. Den 24jährigen holländischen Phil.-I-Studenten untersuchte ich 1945 in einer Heil- und Pflegeanstalt, wo er wegen Vergiftungsideen mit der Diagnose «Paranoide Schizophrenie» mit einer Schlafkur behandelt wurde.

Abb. 9 gibt im Sektor A die Auflösung der paranoiden klinischen Wirklichkeit auf ihre Existenzmöglichkeiten hin. Es fallen hier folgende Existenzformen auf:

1. Die stets hereditäre inflative Ich-Veränderung dominiert im Vordergrund, im Hintergrund die der projektiv-paranoiden Existenz. Die Ich-Veränderung verbreitet sich über 19 Quadrate des Schemas.

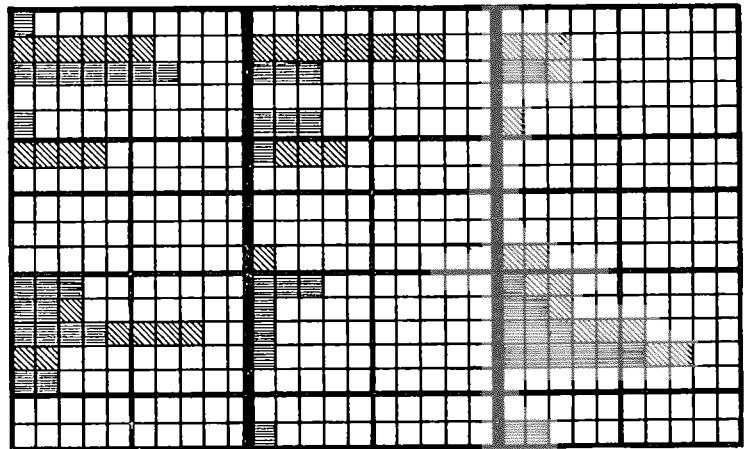
2. Auffallend stark ist aber noch die paroxysmale, affektanfällige Existenzform (7 epileptiforme und 2 hysteriforme, insgesamt 9 paroxysmale Quadrate im Schema).

3. Sowohl die Zwangs- wie die organneurotischen und hypochondrischen Existenzformen sind relativ stark (insgesamt 8 Quadrate).

Die Prognose einer Analyse war somit nicht ganz ungünstig. Der Mann wurde fast 2 Jahre hindurch von mir analysiert. (Die drei Analysen dieses Mannes werden im Kapitel XXXV dargestellt.) Nach dieser ersten Analyse zeigte die Existenzskala folgende Veränderungen:

1. Die paranoiden Ich-Störungen, mit denen er in die Anstalt kam, reduzierten sich bis fast auf einen Drittel der anfänglichen Stärke (7:19). Die bedrohende Gefahr einer stationären paranoiden Schizophrenie wurde somit erheblich geringer, obwohl diese Possibilität immer noch vorhanden war.

1. Präpsychot.
2. Proj.-paranoid
3. Infl.-paranoid
4. Heboform
5. Katatoniform
6. Depressiv
7. Maniform
8. Psychopath.
9. Perversion
10. Inversion
11. Hypochondrie
12. Zwangshaft
13. Epi-paroxysm.
14. Hy-paroxysm.
15. Organneurot.
16. Alltagsexistenz
17. Sozial./Humanis.



22. VIII.-20. X. 1945

5. XI. 1945-8. I. 1946

22. VI.-7. VIII. 1946

Abb. 9. Experimentelle Existenzskala eines Paranoiden

2. Auffallend stark wurde dagegen die hysteriforme Existenz (von 2 wuchs sie auf 8 Quadrate).

3. Im Hintergrund erscheint die Possibilität einer sexuellen Inversion.

Nach diesem Befund haben wir dem Patienten geraten, sich in seiner Heimat, wohin er seines Studiums wegen zurückkehren mußte, als Fortsetzung der Schicksalsanalyse einer klassischen Psychoanalyse zu unterwerfen, um die hysteriforme Affektneurose, mit der er seine paranoide Existenzform in der Schicksalsanalyse vertauschte, auch loszuwerden, oder sie im Beruf zu sozialisieren. Die letzte Nachricht beweist die Richtigkeit der Voraussagung unserer Existenzanalyse. Er wurde in der klassisch geführten Psychoanalyse in Holland manifest homosexuell und vertauschte den Lehrerberuf spontan mit der Schauspielkunst, die ja die hysterische Existenz am besten zu sozialisieren vermag.

Fall 12. Experimentelle Existenzanalyse eines Transvestiten. Der Fall bezieht sich auf einen etwa 30jährigen Sprachlehrer, der wegen des Dranges zum Transvestitismus (mit Damenunterhosen, Schlüpfern und Büstenhaltern) 1949 in Analyse kam.

1. Vor der Analyse dominierte die sexuelle Inversion sowohl im Vorder- wie im Hintergrund (6 Quadrate im Schema).

2. Auch die projektive und inflative Form ist in seiner Existenzgarbe als Possibilität aufzufinden (3 Quadrate).

Trotzdem haben wir uns für eine Schicksalsanalyse entschlossen, weil:

3. die Zwangs- und Hypochondrie-Existenz (zusammen 3 Quadrate im Schema), ferner

4. die paroxysmale, affektanfällige Existenz (3 Quadrate im Vordergrund) und

5. die Humanisierungstendenz (2½ Quadrate) für eine günstige Prognose sprachen.

1. Präpsychot.
2. Proj.-paranoid
3. Infl.-paranoid
4. Heboform
5. Katatoniform
6. Depressiv
7. Maniform
8. Psychopath.
9. Perversion
10. Inversion
11. Hypochondrie
12. Zwangshaft
13. Epi-paroxysm.
14. Hy-paroxysm.
15. Organneurot.
16. Alltagsexistenz
17. Sozial./Humanis.

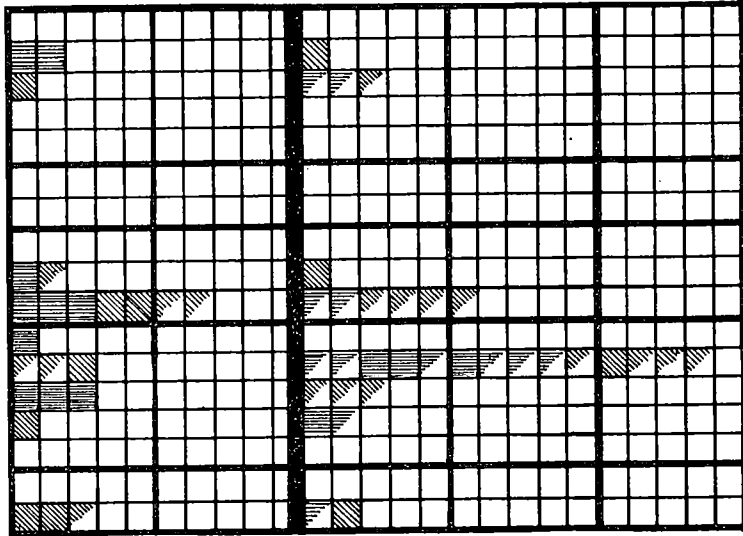


Abb. 10. Experimentelle Existenzskala eines Transvestiten

Diese experimentelle Prognose bewährte sich in der Zukunft vollständig. Nach 2½ Jahren konnte er auf die transvestitischen Praktiken und homoerotischen Ansprüche verzichten und orientierte sich in seiner Erotik ganz auf Frauen. Statt Frau zu sein, hegte er den Wunsch, die Frauen als Mann in Besitz zu nehmen. Die experimentelle Existenzskala nach der Analyse zeigt diese Vorgänge klar:

1. das Erwachen und die außerordentliche Stärke des *männlichen* Zwanges (9 Quadrate), mit dem er fortan die
2. in den Hintergrund versetzte Weiblichkeit (die von 6 auf 3 Quadrate reduziert wurde) bezwingen konnte. Die Analyse dieses Falles werden wir im Kapitel XXXIII ausführlich erörtern.

Die Darstellung dieser drei experimentellen Existenzanalysen diente hier dazu, um auf ihre außerordentliche Wichtigkeit und Brauchbarkeit in der Indikations- und Prognosestellung hinzuweisen.

*

Zur Frage der Anwendung der Tests vor der Analyse gehört noch der praktische Rat, daß die Testuntersuchungen womöglich von einem fremden Psychologen und nicht von dem Analytiker selber durchgeführt werden sollen. Allerdings kann auch diese Vorbeugung die Gefahr in sich tragen, daß der Analysand zu dem Psychologen, der die Testuntersuchungen durchführt, eine starke Übertragung entwickelt, die dann die Analyse anfänglich zu stören vermag. Wir müssen uns aber damit abfinden, daß jede Analyse mit Störfaktoren belastet ist, ob mit mehr oder weniger, scheint für den Enderfolg nicht ausschlaggebend zu sein.

INDIKATIONEN EINER CHARAKTERANALYSE

A. *In der Psychoanalyse* hat W. REICH für die von ihm entworfene «Charakteranalyse»¹ 1933 folgende Indikationen und Gegenindikationen aufgestellt:

Im allgemeinen sind alle Indikationen vom Grade der charakterlichen Verkrustung, also vom Ausmaß und der Intensität der chronisch gewordenen, vom Ich assimilierten neurotischen Reaktionen bestimmt.

Im speziellen ist eine Charakteranalyse indiziert: a) bei Zwangsneurosen, bei denen nicht umschriebene Zwangshandlungen, sondern allgemeine Funktionschwächungen überwiegen; b) bei phallisch-narzißtischen Charakteren, so in Fällen von moral insanity, leichter Triebhaftigkeit, pseudologia phantastica; c) auch bei schizoiden oder initial schizophhrenen Fällen ist eine vorsichtige Charakteranalyse nach W. REICH anzuwenden. Hier soll sie eine Stärkung der Ich-Funktionen vollführen, «bevor die tiefen Schichten des Unbewußten aktiviert werden»; d) ferner ist sie bei Melancholikern am Platze, wo im klinischen Bild die psychische Stumpfheit vorherrscht. Mit einer vorsichtigen und dennoch gründlichen Charakteranalyse, welche die Ich-Abwehr der Aggressionen angeht, glaubt der Autor die «jahrzehntelangen Analysen» dieser Kranken vermeiden zu können.

Kontraindiziert ist eine Charakteranalyse: a) Bei schweren akuten Angst-hysterien, weil sich hier die Es-Regungen noch in akutem Aufruhr befinden und das Ich unfähig ist, sich dagegen zu wehren. Der Autor betont, daß die schwere akute Angst eben auf den Zustand hinweist, daß die «Ich-Panzerung» durchbrochen wurde. In einer späteren Phase der konventionellen Analyse, in der der Kranke durch die Übertragung die Angstbereitschaft bereits überwunden hat und die Enttäuschung in den Vordergrund zu drängen beginnt, ist die Charakteranalyse unentbehrlich. b) Sie ist ebenfalls nicht am Platze bei akuten Melancholikern mit Suizidimpulsen².

Nach ANNA FREUD ist die Anwendung der Charakteranalyse nur dann berechtigt, wenn zwischen dem Ich und den Trieben kein lebendiger Kampf mehr aufzufinden ist, wenn also die Abwehrscheinungen schon permanent geworden sind. Die Autorin hegt auch die Meinung, daß es unberechtigt ist, den Namen der «Widerstandsanalyse» nur für die Charakteranalyse in Beschlag zu nehmen³.

B. *In der Schicksalsanalyse* wird die sogenannte Charakteranalyse im Prinzip nicht von der konventionellen Schicksalsanalyse getrennt. Charakter ist ja nach der Auffassung der Scha das vom Ich durch Introjektion ihm eingeprägte Stück des Schicksals. Prägt also das Ich, so entsteht – durch Introjektion – Charakter. Wählt das Ich, so macht es – durch Projektion – Schicksal⁴. Die dem Ich einverleibten Objekte, die den Charakter bestimmen, sind aber u. E. nicht nur die in

¹ REICH, W.: Charakteranalyse, Verlag f. Sexualpolitik, Kopenhagen-Prag-Zürich, 1933, S. 134 ff.

² Auf die Kritik der Charakteranalyse nach W. REICH werden wir später noch zurückkommen.

³ FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago-Verlag, London, 1946, S. 39–40.

⁴ SZONDI, L.: Ich-Analyse, H. Huber, 1956, S. 369 ff.

ihm – als Ersatz – aufgerichteten «Idole» der verlorenen Liebesobjekte (wie nach S. FREUD), auch nicht nur permanente Abwehrtätigkeiten (wie nach W. REICH und ANNA FREUD), sondern an erster Stelle die aus dem familiären Ubw dem Ich einverlebten Ahnenfiguren, die unser Verhalten bedingen. Darum eben ist die Ahnenforschung und die Ermittlung der besonderen Konduktornatur des Patienten für das Verstehen aller sogenannten «Charakterpanzerung» schon in der Voruntersuchung unentbehrlich. Ob man bei den sogenannten «Charakterneurosen» bzw. bei den «psychopathischen» Charakterveränderungen eine konventionelle Schicksalsanalyse für indiziert oder gegenindiziert erachten soll, hängt u. E. erstens von der Existenzskala der Person ab, zweitens von der Größe des Verlustes der Mitte, d. h. von der Breite des Ausfalls an ethischer, moralischer, verstandesmäßiger und geistiger Zensur. Man kann sogar bei relativ schweren Charakterveränderungen eine Schicksalsanalyse versuchen, falls die experimentelle Existenzanalyse auf die Anwesenheit auch solcher Möglichkeiten hinweist, welche für eine operotropistische Lösung der den Charakter bestimmenden krankhaften Existenz günstig sind. Als Beispiel erwähnen wir die epileptiformen, hysteriformen, affektiven Charakterveränderungen, die man nicht selten durch irgendeine paroxysmale Berufstätigkeit – ja sogar durch ethisch hochstehende Heil- und Religionsberufe unschädlich zu machen vermag. Dagegen muß man bei allen solchen Charakterveränderungen von einer Analyse abraten, wo nach der experimentellen Existenzanalyse eben dadurch eine psychotische Possibilität abgewehrt wurde. Dies ist der Fall bei den Querulanten, die ihre paranoiden Ich-Veränderungen (Projektion und Inflation) in den Charakter eingebaut und sich somit vor der Psychosengefahr gerettet haben. Eine Schicksalsanalyse ist ebenfalls bei allen Fällen von moral insanity und Gewohnheitsverbrechen kontraindiziert, wo die Testergebnisse auf einen totalen Verlust der Mitte hinweisen¹. In diesen schweren Fällen kommt nur eine strenge, tiefenpsychologisch gerichtete Psychagogik in Frage.

Kapitel XII

INDIKATIONEN EINER SCHICKSALSANALYTISCHEN PSYCHAGOGIK

a) Akute Depressionen, insbesondere nach einem aktuellen Objektverlust (durch Tod eines Familienmitglieds, Verlust der Berufsstelle, oft sogar bei Erlangen einer höheren Position). Im dritten Teil werden wir noch darauf zurückkommen (Fälle 53, 54, 55).

b) Akute Ehekrisen, Scheidungs- oder Trennungsprobleme, deren Lösung nicht auf die Länge einer Analyse verschoben werden kann.

c) Akute Prüfungsängste knapp vor den Examina.

d) Nach Entlassung aus einer Irrenanstalt oder dem Gefängnis, insbesondere

¹ Vgl. hierzu: Triebpathologie, Bd. I. H. Huber, Bern u. Stuttgart, 1952, S. 172 ff.

wenn die Wandlung der Daseinsform mit Entfremdungserscheinungen einhergeht.

e) Erschöpfungszustände nach Operationen, schweren somatischen Erkrankungen oder in Zuständen der Überarbeitung mit Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, Abulie usf.

f) Akute Unfall-Neurosen.

g) Akute Religionskrisen durch Enttäuschungen an einer kirchlichen Person. In diesen Fällen ist die sogenannte «Appellative Psychagogik» nach A. MAEDER am ehesten zu raten.

Die Rolle des Alters des Analysanden in der Indikation ist ein alter Zankapfel der analytischen Therapie. Unsere Erfahrungen geben denen recht, die den Zeitabschnitt zwischen 25 bis 45 Jahren als den günstigsten für eine langdauernde, tiefe Analyse erachten. Unter 25 Jahren ist diese nur dann indiziert, wenn: a) die Symptome eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, oder b) eine familiäre und gesellschaftliche Kontaktsperre und Asozialität verursachen; c) ferner bei Ich-Veränderungen mit Psychosengefahr und d) bei den Charakterneurosen.

Die Lehranalysanden sollten auch womöglich erst nach dem 25. Jahr ihre Analyse beginnen und ihre Praxis nicht unter dem 30. Lebensjahr eröffnen. Im Abschnitt zwischen 50 und 65 Jahren ist eher eine Psychagogik oder eine *jungische* Analyse zu empfehlen, falls keine inflativen Ich-Veränderungen die Psychosengefahr anzeigen. Bei seelisch erkrankten Patienten über 65 Jahren sollte eine psychiatrisch-medikamentöse und keine tiefenpsychologische Behandlung versucht werden.

Die Frage nach der Wahl des Analytikers, ob Mann oder Frau, ist nicht leicht zu beantworten. Die Auffassung, nach der Vater-Komplexe eher durch männliche und Mutter-Komplexe eher durch weibliche Analytiker zu lösen seien, hat sich in der Praxis nicht immer bewährt. Erstens weil männliche Analytiker häufig mehr Neigung zur Mütterlichkeit besitzen als viele weibliche Therapeuten, die oft einen intersexuellen, ja sogar stark männlichen Charakter haben. Zum zweiten weisen meine Beobachtungen in den letzten 25 Jahren dahin, daß die langjährige analytische Tätigkeit die Männer oft effeminiert, die Frauen maskulinisiert. Die ideale Lösung wäre natürlich, daß der Psychotherapeut sowohl als Vater- wie auch als Mutter-Ideal figurieren könnte, ohne dabei ein seelischer Hermaphrodit zu werden.

Vom schicksalsanalytischen Aspekt gesehen, halten wir uns nicht an die Geschlechtsdifferenzierung, sondern an die Regel des Genotropismus, welche sagt: Der Analysand und der Analysator sollen wahlverwandte, d. h. genotropisch zusammengehörige Personen sein. Denn nur die innige Genverwandtschaft sichert die Tiefe der Partizipation – nicht nur in der Liebe und Freundschaft, sondern auch in der Therapie. Wir betonten bereits, daß niemals die Technik, sondern die besondere zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Kranken und dem Therapeuten heilt. Diese Beziehung hat aber u. E. bei Genverwandten die größte Chance.

*

TECHNISCHE REGELN

Kapitel XIII

ZUR EINLEITUNG DER ANALYSE

Die Kenntnis der Richtlinien, welche von S. FREUD 1913 zu diesem Thema aufgestellt wurden, müssen wir voraussetzen¹. Sie haben in der allgemeinen psychoanalytischen Praxis Eingang gefunden. Hier beschränken wir uns auf die Erörterungen der Unterschiede, die durch die besondere Natur des schicksalsanalytischen Krankenmaterials bedingt werden.

Zur Frage des Zutrauens und Mißtrauens. In der Psa ist FREUDS Verhalten in dieser Frage maßgebend. Dem Skeptiker sagte er, daß die Analyse kein Vertrauen braucht, daß er so kritisch und mißtrauisch sein dürfe, wie ihm beliebt, da ja sein Mißtrauen auch nur ein Symptom seiner Neurose sei². Den Vertrauensseligen hingegen bereitet er auf die kommenden Vertrauensschwierigkeiten vor. Die Scha ist die Psychoanalyse der hereditären Ich-Veränderungen und der konstitutionellen Trieberkrankungen. Bei dieser Gruppe von seelisch schwer erkrankten Leuten kommt es häufig vor, daß sie nicht spontan, sondern auf Verlangen der Familie, des Arbeitgebers, des Gerichtes (Exhibitionisten) oder einer Fürsorgestelle (Trinker usf.) in die Behandlung kommen. Nicht selten werden impotente, ich-kranke oder süchtige Männer von den Ehepartnern in die Analyse gezwungen, bevor sie eine Scheidung einleiten. Diese Patienten fühlen sich oft nicht krank, suchen die Ursache in der Umwelt und empfinden die Behandlung als Zwang. Hier nützt es wenig, ihnen zu sagen, daß ihr Mißtrauen auch nur ein Symptom sei. Die Frage des Vertrauens und Mißtrauens soll man in diesen Fällen überhaupt nicht aufwerfen. Wir müssen den Anklagen der Patienten über die Familie, den Arbeitgeber oder das Gericht und insbesondere über die Analyse freien Lauf gewähren, auch wenn diese Periode Monate dauert. Die Kunst der Behandlung besteht eben darin, daß der Analytiker sich so menschlich und nur menschlich zu geben versteht, daß der Kranke allmählich seine Angst vor seiner «moralischen» Autorität verliert und den Widerstand gegen die Behandlung aufgibt. Das frühzeitige Beginnen mit der Widerstandsanalyse wäre hier u. E. verfehlt. Zu dieser Waffe sollte man erst dann greifen, wenn sich nach einer positiven Übertragungsphase eine Enttäuschung einstellt und die anfänglichen Widerstände massiv wiederkehren.

Das Prinzip der «Stundenmiete». Die bekannte Auffassung FREUDS, nach der der Patient die Stunden «mietet» und dafür genau so haftbar sei wie z. B. für

¹ FREUD, S.: Zur Einleitung der Behandlung. Intern. Ztschr. f. Psa, Bd. I, 1913.

² FREUD, S.: Ges. Schr., Bd. VI, S. 88 (Zur Technik).

die Stunden bei einem Sprach- oder Musiklehrer, ist in dieser Strenge und Härte bei hereditären Ich- und Triebkranken kaum durchführbar. Ihnen gegenüber müssen wir ähnlich vorgehen, wie es auch S. FREUD gegenüber organischen Affektionen tat. Man muß das Ausfallen von mehreren Stunden, ja sogar längere Unterbrechungen menschlich tolerieren, ohne sich auf die Stundenmiete und Haftbarkeit des Patienten zu beziehen. Der materielle Verlust des Analytikers wird dann oft durch die Wirkung seiner Humanität und Entsagungsfähigkeit reichlich belohnt. Die «Vertragsbeziehung» zwischen dem Analysanden und dem Analytiker ist zwar eine existenzielle Frage für den Therapeuten, insbesondere bei Anfängern, dennoch schadet sie dem Patienten oft mehr als der Existenz des Arztes.

Die Dauer einer Sitzung ist in der Scha 1½ bis 2 Stunden – zwei- oder dreimal wöchentlich – und nicht 50 Minuten wie in der Psa. Die Ursache für die Verlängerung der Sitzungen war, daß ich-gestörte Patienten sich an die Zeit schwerer anzupassen vermögen als die traumatischen Neurotiker. Oft sind auch die Schweigepausen bei den Assoziationen extrem lang, oder das hypomanisch-inflative Sprechbedürfnis so groß, daß sie die nur 50 Minuten dauernde Stunde als völlig ungenügend empfinden und sich gegen den raschen Abbruch auflehnen. Die zweistündigen Sitzungen hingegen ermöglichen, daß all das behandelt werden kann, was sich aktuell in dieser Sitzung aufdrängt und der Patient nach Entladung und Entleerung ruhiger der nächsten Sitzung entgegensehen kann. Natürlich belastet eine zweistündige Sitzung mit demselben Patienten den Analytiker mehr als eine, die nur 50 Minuten dauert. Wer aber dazu unfähig ist, soll eben keine schwer ich-gestörten Patienten annehmen. Auch S. FREUD gibt zu, daß man bestimmten Kranken mehr Zeit als das mittlere Maß von einer Stunde widmen muß, «weil sie den größten Teil einer Stunde verbrauchen, um aufzutauen, überhaupt mitteilbar zu werden»¹.

Das Verhalten einiger Psychoanalytiker, wenn sie nach Ablauf der 50 Minuten dem Patienten nicht einmal erlauben, den letzten Satz zu beenden, ist m. E. unmenschlich. Leider kommt das häufiger vor, als es bekannt wird. Wenn aber jemand nach einem Taxameter arbeiten und verdienen will, dann soll er in Gottes Namen Taxichauffeur werden und nicht Analytiker. Sicher wird die Existenz des Analytikers nicht ernstlich gefährdet, wenn er täglich weniger Kranke empfängt und die Stunden – falls dies notwendig ist – um 10 bis 15 Minuten verlängert, ohne dafür honoriert zu werden. Der Einsatz für diese Menschlichkeit in der Therapie nützt u. E. sowohl dem Analysierten wie dem Analytiker weit mehr als ein rücksichtsloser Materialismus.

Die Geldfrage muß ebenfalls so korrigiert werden, wie dies vor kurzem (1958) von P. PARIN betont wurde, indem er feststellte, daß Gratis-Analysen nicht weniger erfolgreich sind wie die bezahlten. Dies kann ich bestärken. Hegt man Zweifel daran, ob der Patient seine aktuelle finanzielle Lage getreu angab, so kann man das Honorar als laufende Schuld buchen, ihm jedoch monatlich die Rechnung präsentieren. Die Bestimmung von Zeit und Geld soll bereits in der

¹ Ebenda: S. 90.

ersten Sitzung geregelt werden. Niemals hingegen soll man dem Analysanden die voraussichtliche Dauer der Analyse angeben. Es muß allerdings betont werden, daß es sich um eine lange Behandlung handle.

Das Abbrechen der Behandlung soll – auch nach der Probeanalyse – gestattet werden (S. FREUD).

Der Wunsch der Kranken nach einer partiellen elektiven Symptombehandlung, die sich nur das Wegschaffen eines einzigen Symptoms als Ziel setzen sollte, wurde von S. FREUD abgelehnt. Er schreibt: «Der Kranke, den man nach seinem Wunsche von dem einen unerträglichen Symptome befreit hat, könnte leicht die Erfahrung machen, daß nun ein bisher mildes Symptom sich zur Unerträglichkeit steigert¹.» S. FREUD fordert somit das Erreichen der vollen Gesundheit. Dieser Forderung nachzukommen, ist leider nur bei den exquisit traumatischen Neurosen möglich und sogar auch bei ihnen nicht immer. Bei den hereditären Ich- und Triebstörungen müssen wir in bezug auf «die volle Gesundheit» bescheidener sein. Man kann ja genisch bedingte Funktionsstörungen niemals ausmerzen. Die schicksalsanalytische Therapie hat deshalb die sogenannten «indirekten» Heilwege eingeführt, auf denen eine völlig asoziale oder antisoziale Ich- oder Triebveränderung künstlich, oft operotropistisch, mit einem weniger asozialen Krankheitsbild vertauscht wird. (Siehe Kapitel XXVII.) Wir müssen ferner daran denken, daß nach unserer Spaltungslehre bei bestimmten Ich-Spaltungen beide Spaltstücke krankhafte Symptome bedingen. Da man aber das derart genisch gespaltene Ich fast niemals künstlich zusammenlöten, in eines zu integrieren vermag, müssen wir uns mit einer partiellen, relativen Verbesserung begnügen. Man erreicht dies dadurch, daß man in der Ich-Analyse dasjenige Spaltstück in den Vordergrund rückt, welches für die Sozietät und auch für den Patienten ertragbarer ist. Und das ist oft möglich. So kann man z. B. arbeitsunfähige Paranoide zu Zwangsarbeitern machen, da das Paranoide und der Arbeitszwang komplementäre Spaltstücke repräsentieren. Oder man kann bei Entfremdungszuständen das ausgefallene Spaltstück, die Introjektion, durch überdurchschnittliches Lernen (z. B. Medizinstudium) «ersetzen», wie dies meinem Mitarbeiter L. WURMSER in einem Fall von hereditärer Entfremdungspsychose bereits gelungen ist². Im dritten Teil werden wir über diese Art von elektiven, partiellen Behandlungsarten ausführlich referieren. Zu betonen ist aber nochmals, daß es sich hier um hereditäre und nicht um traumatische Ich- und Triebveränderungen handelt.

Über die Frage der Couch-Behandlung schreibt S. FREUD 1913: «Ich halte an dem Rate fest, den Kranken auf einem Ruhebett lagern zu lassen, während man hinter ihm, von ihm ungesehen, Platz nimmt.³» Er gibt zu, daß dieses Zeremoniell noch einen Rest der hypnotischen Behandlung darstellt, begründet aber das Verharren dabei mit folgenden Motiven: Acht Stunden täglich von anderen angestarrt zu werden, erträgt der Analytiker nicht. Man soll die Mienen, die sich durch seine unbewußte Arbeit auf seinem Gesicht ausdrücken, dem Analysanden nicht als Stoff zu Deutungen preisgeben. Unter Umständen wird bei bestimmten Kranken

¹ Ebenda: S. 93.

² WURMSER, L.: Über die Entfremdung. Szondiana III. Huber, Bern u. Stuttgart, 1961, S. 96 ff.

³ FREUD, S.: Zur Einleitung der Behandlung. Ges. Schr. Bd. VI., S. 97.

der Schautrieb (das Voyeurtum) durch dieses Zeremoniell ausgeschaltet. Es soll auch die unmerkliche Vermengung der Übertragung mit den Einfällen des Patienten verhüten und somit die Übertragung isolieren, um sie «zur Zeit als Widerstand scharf umschrieben hervortreten zu lassen»¹. FREUD weiß, daß viele Analytiker das Couch-Zeremoniell der analytischen Situation abwerfen, nur weiß er nicht, «ob die Sucht, es anders zu machen, oder ob ein Vorteil, den sie dabei gefunden haben, mehr Anteil an ihrer Abweichung hat»².

Die schicksalsanalytische Therapie hat die Couch-Situation übernommen und erreichte damit nur Vorteile. Die gelegentliche Lockerung des Zeremoniells, die wir gestatten, ist, den Patienten unter Umständen selber bestimmen zu lassen, wo der Analytiker sitzen soll. Einige verlangen, daß er an seinem Schreibtisch sitze, um gelegentlich, wenn sie sich auf der Couch umdrehen, wenigstens für eine kurze Weile sein Gesicht sehen zu können. Diesem Wunsch geben wir zumeist nach, hingegen verweigern wir oft die sitzende Art der Analyse.

Die Frage, mit welchem Material man die Analyse beginnen soll, beantwortet S. FREUD: «Man soll die Wahl des Anfangspunktes völlig dem Analysanden freistellen. Er kann über seine Lebensgeschichte, über die Krankengeschichte, über Kindheitserinnerungen sprechen. Eines ist unerläßlich: daß man ihn erzählen läßt und nicht mit Fragen bombardiert.» Die *freudsche* Form der Einleitung lautet: «Ehe ich Ihnen etwas sagen kann, muß ich viel über Sie erfahren haben; bitte, teilen Sie mir mit, was Sie von sich wissen.» Diese Formel halten wir immer ein.

Die Mitteilung der Grundregel der analytischen Behandlung soll in der ersten Sitzung stattfinden und in den folgenden mehrmals wiederholt werden.

Die Grundregel S. FREUDS wird in der Scha genau angewandt. Sie lautet:

«Sie werden beobachten, daß Ihnen während Ihrer Erzählung verschiedene Gedanken kommen, welche Sie mit gewissen kritischen Einwendungen zurückweisen möchten. Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Das oder jenes gehört nicht hierher oder es ist ganz unwichtig, oder es ist unsinnig, man braucht es darum nicht zu sagen. Geben Sie dieser Kritik niemals nach, und sagen Sie es trotzdem, ja gerade darum, weil Sie eine Abneigung dagegen verspüren.» . . . «Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht. Benehmen Sie sich so, wie zum Beispiel ein Reisender, der am Fensterplatze des Eisenbahnwagens sitzt und dem im Inneren Untergebrachten beschreibt, wie sich vor seinen Blicken die Aussicht verändert. Endlich vergessen Sie nie, daß Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen dessen Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist»³.

Diese Grundregel soll auch zu Beginn der Traumdeutungen mehrmals wiederholt werden. Dabei ist keine Unterdrückung von Namen, Geschehnissen usw. unter dem Vorwand der Diskretion zu erlauben. Die Vorbereitung zu einer Sitzung in Gedanken oder schriftlich soll man widerrufen, sie ist zumeist nach S. FREUD ein drapiertes Widerstand.

¹ Ebenda: S. 97.

² Ebenda: S. 97.

³ Ebenda: S. 98.

Die *zweite Regel* verbietet es, daß der Patient über die Vorgänge und Inhalte der Analyse mit Fremden oder Ehepartnern spricht. Es kommen dadurch Nebenübertragungen und Lecke in der Behandlung zustande, die stören. Darum soll man auch nie Ehepartner oder Freunde bzw. Freundinnen gleichzeitig in Analyse nehmen.

Die *dritte Regel* schreibt vor, der Analytiker solle im Falle eines Ablehnens der Erzählung oder der Einfälle («mir fällt gar nichts ein») dem Kranken energisch wiederholt versichern, am Anfang der Analyse sei dies unmöglich, da ja seine ganze Lebens- und Krankengeschichte unberührt vor ihm liege. Man soll sogar nach FREUD ihm sagen, es handle sich um einen Widerstand gegen die Analyse und um eine Verteidigung der Neurose. Zu dieser Regel möchten wir die Bemerkung hinzufügen, daß man zu Beginn der Analyse Fachausdrücke wie «Widerstand», «Übertragung» usf. womöglich vermeiden sollte. Auch den Rat, darauf zu «drängen», um den Analysanden zu irgendwelchem Geständnis über die Ursache seines Schweigens zu bringen, halten wir für verfrüht. FREUD ging unter Umständen so weit, daß er beim Versagen in der Erzählung schon zu Beginn der Analyse die Ursache der Hemmung in der Übertragung aufdeckte. Wir raten, damit zu warten, sogar dann, wenn der Analysand Stunden hindurch schweigt. Dadurch, daß wir ihm zeigen, daß auch wir imstande sind, stundenlang zu schweigen, löst sich zumeist der anfängliche Widerstand. FREUD schreibt ja selbst, daß man so lange das Thema der Übertragung unberührt lassen soll, bis die Mitteilungen und Einfälle des Patienten fließen. Erst wenn die Übertragung zum Widerstand geworden ist, soll man dieses Problem behandeln¹. Die Beobachtung der unwillkürlichen Bewegungen, der Musik des «Stöhnens», der Lage der Patienten (embryonale Schlafstellungen, Coituslagen, Onaniebewegungen, Verbergungslage usf.) kann vieles über die Geschehnisse im Schweigen verraten².

Die *vierte Regel* soll zwar am Anfang dem Analysanden erlauben, vor und nach der Sitzung einige Sätze stehend zu sprechen, doch soll der Arzt nach FREUD diese Scheidung der Analyse in einen inoffiziellen und offiziellen Teil nicht lange dulden, sondern diese «Scheidewand» niederreißen, indem er es bei nächster Gelegenheit verwertet³. Bei schweren Ich- und Triebkranken ist diese *freudsche* Regel selten durchführbar. In der Scha führt ja stets das Humanitätsprinzip. Eine Schicksalsanalyse muß immer durch die humane zwischenmenschliche Beziehung und niemals durch eine Zwangsjacke von Regeln getragen werden.

Die *fünfte Regel* FREUDS bezieht sich auf die Frage: «Wann sollen wir mit den Mitteilungen an den Analysanden beginnen?» Seine Antwort lautet: «Nicht eher, als bis sich eine leistungsfähige Übertragung, ein ordentlicher Rapport, bei dem Patienten hergestellt hat⁴.» Er betont die Wichtigkeit des ruhigen Abwartens der spontanen Übertragung und warnt davor, diesen Prozeß durch Moralisieren oder durch Übernahme der «Mandatur einer Partei» zu verscherzen. Insbesondere ist es verfehlt, wenn der Analytiker dem Analysanden schon zu Beginn der Analyse die Deutungen und Lösungen der Symptome ins Gesicht schleudert.

¹ Ebenda: S. 103.

² Vgl. hierzu: FERENCZI, S.: Einige passagere Symptome. Bausteine zur Psychoanalyse. Int. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1927, Bd. II, S. 26 ff.

³ FREUD, S.: Zur Einleitung der Behandlung, S. 103.

⁴ Ebenda: S. 103.

Gegen diese Art von «Augenblicksdiagnosen» lehnt sich FREUD energisch auf und schreibt: «Welches Maß von Selbstgefälligkeit und von Unbesonnenheit gehört dazu, um einem Fremden, mit allen analytischen Voraussetzungen. Unvertrauten, nach der kürzesten Bekanntschaft zu eröffnen, er hänge indestuös an seiner Mutter, er hege Todeswünsche gegen seine angeblich geliebte Frau, er trage sich mit der Absicht, seinen Chef zu betrügen u. dgl¹.» Eine vorzeitige Mitteilung der analytischen Symptomlösung verursacht zumeist einen vorzeitigen Abbruch der Behandlung. Daher der Rat, daß diese Mitteilung erst dann am Platze sei, wenn der Patient selber knapp vor deren Einsicht steht. Traumatische Neurotiker bringen es fertig, daß sie «ein bewußtes Wissen mit dem Nichtwissen zu vereinigen verstehen». Darum äußern sie gegen ein ihnen vom Analytiker aufgedrängtes Wissen den heftigsten Widerstand. «Die Kranken wissen nun von dem verdrängten Erlebnis in ihrem Denken, aber diesem fehlt die Verbindung mit jener Stelle, an welcher die verdrängte Erinnerung in irgendwelcher Art enthalten ist².» (Vgl. hierzu unseren Fall 14.) Erst wenn der bewußte Denkprozeß in der langen Analyse bis zu dieser Entstehungsstelle des Krankwerdens vorgegangen ist, kann man hoffen, daß der Analysierte die Verdrängungswiderstände zu überwinden vermag und die bis dahin fehlende (unbewußte) Erinnerung auftaucht und angenommen wird.

Die Scha folgt dieser Regel. Ihre Aufgabe ist aber dadurch noch erschwert, daß sie ja nicht nur die krankmachenden persönlich verdrängten Regungen, sondern die im familiären Ubw unterdrückten Ahnenansprüche bewußt zu machen hat. Der Widerstand gegen die Annahme der Möglichkeit, daß in ihm eine schizophrene oder epileptische oder zirkuläre oder kriminelle Ahnenfigur verborgen lebt und in ihm wiederkehren will, erreicht bei hereditär trieb- und ichgestörten Analysanden ein Maß, das jenes bei den traumatischen Neurotikern vielfach übersteigt. Der Schicksalsanalytiker weiß früh genug Bescheid über diese latenten Ahnenfiguren, aber weh ihm und der Analyse, wenn er dem Patienten dieses Wissen zu früh aufdrängt! Wir müssen es so lange zurückhalten, bis er sich durch eine Ahnentraumserie über seine Vermutung äußert, daß er selber dieser Schizophrene oder dieser Epileptiker usf. sei. (Siehe Fall 4 und 6.) Zumeist muß der Schicksalsanalytiker ein, oft sogar zwei Jahre warten, bis der Analysand dieses Wissen um seine latente Erbkrankheit mit der Stelle im Stammbaum zu verbinden vermag, an welcher die krankmachende Ahnenfigur steht. Erst wenn sich selbst nach 1–2 Jahren diese Verbindung des Kranken mit der krankmachenden Ahnenfigur nicht einstellt, entschließt sich der Schicksalsanalytiker zu dem sogenannten «Psychoschock-Verfahren», welches dann durch das Drängen und Nichtlassens des Fadens den Widerstand künstlich bricht und die «Geburt der kranken Ahnenfigur» zu Ende führt. Mit diesem Verfahren muß aber der Schicksalsanalytiker so abwartend und so vorsichtig umgehen wie der Gynäkologe mit der Zange.

Die sechste Regel, auf die wir den Analysanden schon beim Beginn der Behandlung aufmerksam machen, ist, daß er auf der Couch alle seine in der Vergangenheit eingeklemmten Affekte entladen muß. Er kann also in den Stunden weinen, heulen, schreien, brüllen, seine Konfliktpersonen und den Analytiker schonungs-

¹ Ebenda: S. 104.

² Ebenda: S. 106.

los verbal angreifen, so oft und so heftig es ihm beliebt. Bei hereditär Ich-Gestörten sind diese Ausbrüche von einem unvermuteten Maß. Je ruhiger der Schicksalsanalytiker diese heftigen Affektausbrüche zu ertragen vermag, um so größer wird ihre Heilwirkung sein. Ein schalldichtes Sprechzimmer ist unbedingt notwendig, sonst setzen diese Kranken die Mieter des Hauses in Schrecken. Wir dürfen aber nicht darauf verzichten, wenn wir die Zielsetzung hegen, die kranken, oft sogar psychotischen Ahnenfiguren auf der Couch vom Analysanden erleben zu lassen. Denn eben diese psychotischen Ahnenansprüche müssen in einer schicksalsanalytischen Therapie *erlebt und entladen werden*. Natürlich ist dieses Verfahren in einer Anstalt leichter anzuwenden als in der Privatpraxis. Dennoch raten wir vor Internierungen womöglich ab.

Der Schicksalsanalytiker kämpft in der Behandlung oft mit dem Umstand, daß bei hereditären Ich-Kranken der Heilungswunsch, der «nächste Motor der Therapie» (FREUD), besonders im Anfang fehlt, da ja viele dieser Patienten kein Krankheitsbewußtsein haben. Eine zweite Schwierigkeit besteht darin, daß die hereditären Ich-Veränderungen zumeist einen starken narzißtischen Zug tragen, der es erschwert, die zur Überwindung des Widerstandes erforderliche Affektstärke in der Übertragung zu mobilisieren. Und trotzdem dürfen wir die Behandlung nicht aufgeben, denn nach langen Bemühungen gelingt es oft doch, die Mauer der narzißtischen Einbunkerung des Ichs zu durchbrechen, und zwar nur durch völligen Einsatz unserer humanen Partizipation am kranken Ich. Obwohl die Partizipation, dieses Einsseins zweier Iche, sich aus anderen Quellen –, nämlich aus ich-haften Seinsquellen –, nährt und nicht aus libidinösen, wie die Übertragung, sprechen die Erfahrungen dafür, daß auch die ich-hafte Partizipation – ähnlich wie die libidinöse Übertragung – mit ihrer Intensität die Widerstände zu überwinden vermag. (Siehe Kapitel XX, B II.)

Hier zeigt sich somit noch ein gewichtiger Unterschied zwischen der psychoanalytischen und der schicksalsanalytischen Therapie. Die Psa bricht mit Hilfe der libidinösen Übertragung, die Scha – neben der Übertragung – des öfteren mit Hilfe der ich-haften Partizipation den Widerstand und bahnt die Genesung an. Dieser Unterschied in der Behandlung wird durch die Verschiedenheit der seelischen Erkrankungen in bezug auf ihre Ätiologie verständlich. Die traumatischen Neurotiker der Psa sind in der frühen Kindheit traumatisch verletzt worden; ihre Wunde ist libidinöser Natur, ihre adäquate Heilung muß daher mit den Affektkräften der libidinösen Übertragungsneurose bewerkstelligt werden. In der Scha hingegen werden zumeist Menschen mit hereditären Ich-Veränderungen behandelt, die sich bereits schon im Säuglingsalter und auch nachher in der ich-haften Partizipation mit der Mutter manifestieren. Die meisten hereditären Ich-Störungen beginnen mit einer Partizipationsstörung, deren Behandlung erst mit der Ich-Analyse erfolgt. Deshalb muß die schicksalsanalytische Therapie vornehmlich auf der Korrektur der ich-haften Partizipationsfähigkeit und weniger auf der libidinösen Übertragung fußen. Die Ich-Analyse beansprucht somit das gewichtigste Stück der schicksalsanalytischen Therapie im Gegensatz zur Psa.

Die gewichtige *Regel der Entbehrung (Abstinenz)* wird erst im Kapitel XVI erörtert.

ZUR TECHNIK DER TRAUMDEUTUNG

In den fünf Vorlesungen «Über die Psychoanalyse» berichtet S. FREUD (1910), wie er zur «Methode der freien Assoziationen» kam, nachdem er die ursprüngliche hypnotisch-kathartische Methode BREUERS und später auch das «Drängen» nach dem Vergessenen aufgab¹. Er sagt hier: «Es war die Aufgabe gestellt, etwas vom Kranken zu erfahren, was man nicht wußte und was er selbst nicht wußte; wie konnte man hoffen, dies doch in Erfahrung zu bringen²?» Dabei konnte er folgende wichtige Feststellungen machen: Erstens, daß die vergessenen Erinnerungen nicht verlorengegangen sind; zweitens, daß sie in den Assoziationen an das vom Kranken noch Gewußte auftauchen; drittens, daß es die Kraft des Widerstandes ist, die die Kranken daran hindert, das Vergessene bewußt zu machen; viertens, daß dieselbe Kraft zur Zeit die Erkrankung bewirken mußte und das krankmachende Erlebnis aus dem Bewußtsein gedrängt, d. h. «verdrängt» hatte. So kam FREUD allmählich zu der auch jetzt üblichen Methode der «freien Assoziationen», oder auch «Einfallsmethode», die er bereits 1910 wie folgt beschreibt: «Wir lassen also den Kranken reden, was er will und halten an der Voraussetzung fest, daß ihm nichts anderes einfallen kann, als was in indirekter Weise von dem gesuchten Komplex abhängt³.» Nach FREUD ist dieser Weg der einzig gangbare, um das Verdrängte aufzufinden. Entsprechend verhält es sich auch bei der Traumdeutung, bei welcher es ihm derart gelang, die latenten Traumgedanken hinter dem manifesten Trauminhalt aufzudecken. Somit wurde die Traumdeutung, verbunden mit den freien Assoziationen, fast der einzige Weg in der Psa, der zu dem verdrängten Unbewußten führt. In bezug auf Theorie und Praxis der Traumdeutung weisen wir auf die Arbeit FREUDS hin⁴. Unsere Aufgabe besteht darin, die Modifikationen der freien Assoziationsmethode in der Schicksalsanalyse zu erörtern. Vorher aber müssen wir einige allgemeine Bemerkungen und Warnungen an die Adresse der Anfänger richten.

I. Allgemeines über das Deuten

Der Analytiker soll sich niemals in seiner Tätigkeit als Therapeut nur der angelernten Technik bedienen und sich somit quasi zu einer «automatischen Traumdeutungsmaschine» entmenschlichen, noch darf er im Patienten nur den «Traumlieferanten» erblicken. Wer ein abschreckendes Beispiel dafür sucht, dem empfehlen wir, das Buch von O. RANK «Technik der Psychoanalyse»⁵ zu lesen. Heute ist es selbstverständlich, daß man in einer tiefenpsychologischen Therapie jeglicher Richtung auch die Träume behandeln muß, da sie zu Ansprüchen, Re-

¹ FREUD, S.: Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen. F. Deuticke, 1910. Ges. Schr. Bd. IV, 349 ff.

² Ebenda: S. 365.

³ Ebenda: S. 376.

⁴ FREUD, S.: Traumdeutung. 1900. Ges. Schr. Bd. II–III.

⁵ RANK, O.: I. Die analytische Situation, 1926. II. Die konstruktiven Elemente, 1929. III. Die Analyse des Analytikers, 1931. F. Deuticke, Leipzig und Wien.

gungen und Erlebnissen im Ubw führen. Wir warnen aber vor einer Technik, die die Sitzungen ausschließlich nur auf Traumdeutungen und die Lösung der Träume seitens des Analytikers beschränkt. Diese Analytiker – es sind zumeist Anfänger – handeln so, als ob auf der Couch nur ein Traum läge und nicht ein Mensch, der mehr wäre denn der Träumer des abgelieferten Traumes. Einen Anlaß zu diesen maschinellen Traumdeutungsanalysen gab vielleicht das Mißverstehen der strengen Regel FREUDS (1913), nach der der Analytiker vor und nach den Sitzungen dem Patienten keine «inoffiziellen» Sätze erlauben dürfe. FREUD sagt aber an keiner Stelle seiner Schriften, daß jede analytische Sitzung vom Beginn bis zum Ende der Stunde mit Traumdeutungen ausgefüllt werden müsse. Die Schwierigkeiten dieser maschinellen Traumdeutungstechnik zeigt sich sehr bald in der Analyse, und zwar in zwei Formen des Widerstandes. Erstens dann, wenn der Patient *keine* Träume liefert. Zweitens, wenn er den Analytiker mit Träumen so sehr überschwemmt, daß das Gros der Träume ungedeutet bleibt. Dieses sind die häufigsten Schwierigkeiten, deretwegen junge Analytiker in den Kontrollanalysen Rat suchen.

Hinsichtlich der ersten Schwierigkeiten pflegt man den bekannten Rat S. FREUDS zu geben, den Patienten auf der Couch – ohne Ausgangspunkt – einfach über all das reden zu lassen, was ihm in den Sinn kommt. Bei dieser Art von freier Assoziation ohne Ausgangspunkt muß der Analytiker sich völlig passiv benehmen. Die einzige Aktivität, die er sich gelegentlich erlaubt, ist, bestimmte Sätze oder Worte, welche vermutlich komplexbedingt sein könnten – ähnlich wie bei der Traumdeutung –, als Ausgangspunkt zu weiteren Assoziationen als Reizworte oder Reizsätze zu exponieren. Auf diese Art kann man genau so in das Ubw eindringen wie mit Traumdeutungen. Nach unserer Erfahrung geben die Patienten dann den Widerstand gegen die Traumanalysen meistens auf, da sie diese Stunden für sich noch belastender empfinden als diejenigen mit den Traumdeutungen. Die Ratschläge, beim Fehlen von Traummaterial den Patienten aufzufordern, Märchen zu erzählen oder frei zu phantasieren, sollte man nur im Notfall anwenden. Das gleiche bezieht sich auch auf das Zeichnenlassen, was wir nur dann erlauben, wenn der Patient das Zeichnen als unwiderstehlichen Drang empfindet. O. PFISTER hat diese Patienten aufgefordert, zu den Zeichnungen in globo und partiell zu bestimmten Stellen zu assoziieren. Nach eigenen Erfahrungen gehen diese Assoziationen selten wirklich in die Tiefe. Zu betonen ist noch, daß man zwar selten, aber doch auch ohne – oder fast ohne Traumdeutungen – eine Analyse erfolgreich abschließen kann, falls der Analysierte auch ohne Träume unbewußtes Material durch freies Reden auf der Couch liefert. Unter Umständen kann man in den traumlosen Sitzungen auch «alte Träume» aus der Jugend oder «alte wiederkehrende Träume» noch aus der voranalytischen Zeit behandeln.

Bei einer Überschwemmung mit Träumen müssen wir stets daran denken, daß der Patient mit dieser Traum-Inflation eigentlich gegen die Analyse Widerstand zu leisten versucht. Wir gehen so vor, daß wir von den vielen Träumen, die er zur Sitzung mitbringt, nur einen *von ihm selber* auswählen lassen und die anderen einfach liegen lassen. Erst wenn sich die Übertragung zu einem massiven negativen Widerstand erhärtet, konfrontieren wir den Patienten mit der Tatsache, daß er mit dem Überwuchern der Träume, die sich zumeist als oberflächliche erweisen, die Tiefenanalyse stören wollte. (Siehe Fall 2.)

Das von FREUD empfohlene «Durcharbeiten», welches er auch als «Widerstandsanalyse» auffaßt, ist ein genau so wichtiges Stück der Behandlung wie die tagtägliche Auslegung der Träume. Diese Technik wird im Kapitel XXV ausführlich erörtert werden. Hier sei nur betont, daß man einerseits das Durcharbeiten nicht vernachlässigen darf, wie das oft Anfänger tun, andererseits, daß wir mit dem Durcharbeiten erst dann beginnen sollen, wenn eine lange zusammenhängende Traumserie aus dem gleichen Gebiet des Ubw bereits geliefert wurde und wenn sichere Anzeichen des Übertragungswiderstandes bereits erschienen sind.

Die dritte Mahnung bezieht sich auf das Überwuchern der Konstruktionen seitens des Analytikers während der Traumdeutung. Die Aufgabe des Analytikers während der Analyse ist nach FREUDS Formulierung die folgende: «Er hat das Vergessene aus den Anzeichen, die es hinterlassen, zu erraten oder richtiger ausgedrückt, zu konstruieren¹.» Der Analytiker muß somit die Spuren der vergangenen und vergessenen Zeiten des Patienten aufspüren, ein vollständiges Bild der Vorgeschichte «rekonstruieren» und dies dem Patienten zeigen. Konstruktion ist aber nicht gleichzusetzen mit Deutung. FREUD schreibt: «Deutung bezieht sich auf das, was man mit einem einzelnen Element des Materials, einem Einfall, einer Fehlleistung und dgl. vornimmt. Eine Konstruktion ist es aber, wenn man dem Analysierten ein Stück seiner vergessenen Vorgeschichte etwa in folgender Art vorführt: Bis zu Ihrem n-ten Jahr haben Sie sich als alleinigen und unbeschränkten Besitzer der Mutter betrachtet, dann kam ein zweites Kind und mit ihm eine schwere Enttäuschung.»... «Ihre Empfindungen für die Mutter wurden ambivalent, der Vater gewann eine neue Bedeutung für Sie usw.².»

Die Korrektur des Irrtums solcher Konstruktionen gestattet FREUD. Er betont noch, daß jede Konstruktion nur als Vermutung gelten darf, die man ständig überprüfen soll und eventuell verwerfen kann. Nun treffen wir in den Kontrollanalysen hie und da narzißtische, übereifrige und überehrgeizige Analytiker, die während der Traumdeutungen darin schwelgen, zu jeglichem Einfall, jedem Symptömllein ihres Patienten sofort lange, geistreiche Konstruktionen aufzustellen und diese sogar – wie mathematische Ableitungen – auf Papier aufgezeichnet dem Patienten vorlegen. Die Sitzungen verwandeln sich dann zu endlosen Konstruierungen und Rekonstruierungen, wobei der Analytiker – oft unbewußt – mit der Überlegenheit und Tiefspürigkeit seines Denkens exhibiert. Versucht der Kontrollanalytiker, diese jungen Analytiker über die Fehler ihrer Konstruktionsmanie zu orientieren, so werden sie oft mißtrauisch, narzißtisch gekränkt und laufen zu einem anderen Analytiker in die Kontrolle. Es sind dies oft Persönlichkeiten, bei denen man in ihrer persönlichen Analyse die Charakteranalyse deshalb abbrechen mußte, weil eben dieser narzißtische, eitle Panzer ihnen als Schutz gegen das Paranoid diente. Der Charakterpanzer ist ihre spontane Selbstheilung, die man nicht zerstören darf.

Wenn Patient und Analytiker zu dieser erörterten Form von Konstruktionsmonomanie neigen, so können die Sitzungen zu endlosen Diskussionen entarten. Nun ist aber das Diskutieren mit dem Patienten stets ein Krebsübel in der Behandlung, die dadurch meistens zu versanden droht.

¹ FREUD, S.: Konstruktionen in der Analyse. Ges. Werke. Bd. XVI, S. 45.

² Ebenda: S. 47–48.

Ein häufiger Fehler der Traumauslegung ist, alle Träume nur auf der sexuellen Ebene zu deuten. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß bestimmte Träume über verborgene Ich-Funktionen, d. h. über krankhafte Projektionen, Inflationen, Introjektionen und negativistische Destruktionen latenter Ahnenfiguren Mitteilungen liefern. (Siehe Fall 8.) Man muß daher auch die Ich-Träume und Ahnen-träume genau so beachten und auslegen wie die Triebträume, sonst verliert der Analytiker die Möglichkeit, den Patienten mit den verborgenen hereditären Ich-Veränderungen zu konfrontieren. (Siehe Fall 6.)

Ein weiterer Fehler der Traumdeutungen – vor allem bei den traumatischen Neurosen – ist, daß man neben den verborgenen Triebstrebungen den krankmachenden *Affektstörungen* zu wenig Beachtung schenkt. Dieser Fehler stammt daher, daß man die Affekte als quasi Suffixe der Triebe, oder – wie P. FEDERN es glaubt – als eine Ich-Funktion auffaßt¹. Obwohl die Psychoanalyse, insbesondere ANNA FREUD, von «Affektabwehr» spricht, hegt sie dennoch die Auffassung, daß die Gründe dafür sich aus dem Kampf zwischen Ich und Trieb ergeben. ANNA FREUD fügt noch hinzu: «Wo das Ich gegen den Triebvorgang nichts einzuwenden hat, sich also von dieser Seite her kein Grund für Abwehr des Affektes ergibt, dort entscheidet das Ich seine Einstellung zum Affekt rein nach dem Lustprinzip. Es begrüßt den lustvollen Affekt und verteidigt sich gegen den peinlichen².» Gegen diese Sehweise kann man keine Einwände machen. Nur vergißt sie folgendes: Erstens, daß es einen selbständigen Trieb gibt, nämlich den «Paroxysmaltrieb», welcher seine Handlungen durch Inbewegungsetzen der Affektenergien ausübt. Als solche Handlungen beschrieben wir in unserem ausgedehnten Triebssystem: 1. die epileptiformen kainitischen Handlungen bis zum Affekt-Totschlag; 2. die Gesinnungshandlungen der Gerechtigkeit bis zu dem «Ge-rechten»; 3. die hysteriforme Art des Sich-Verbergens in einer irrealen Phantasiewelt bis zur Pseudologia phantastica; 4. das hysteriforme Sichzurschautragen und das Überraschen, den Geltungsdrang bis zum Exhibieren.

Für den Schicksalsanalytiker sind Affektbewegungen eigenständige, oft von den Sexualtrieben völlig unabhängige, seelische Vorgänge – auch wenn wir selbstverständlich wissen, daß die Affekte die Sexualtriebe – quasi als Musik – begleiten. Aber Affekte begleiten nicht nur die Sexualtriebe, sondern auch die Ich-Vorgänge, die Kontakt- und auch Denkprozesse, kurz alles, was sich in der Seele abspielt. Und noch mehr: es gibt eine selbständige Gruppe der Affektneurosen und Affektpsychosen, zu der die Schicksalsanalyse alle Variationen der epileptiformen und hysteriformen Erkrankungen zählt. Diese folgen einem selbständigen Erbgang und erzeugen somit eine selbständige klinische Symptomatik. (Siehe Dritter Teil, Kapitel XXX und XXXI.) *Man muß deshalb in der Behandlung, unabhängig von der Ich- und Trieb-Analyse auch eine Affekt-Analyse durchführen.* Diese zu unterlassen ist u. E. ein schwerer, oft tragischer Kunstfehler, und zwar darum, weil diese autonomen Affektbewegungen, die man in der Psa falscherweise als «Ich-Abwehr» erachtet, tiefgreifende sekundäre Ich-Veränderungen hervorzurufen vermögen, die man nur dadurch wegschaffen kann, daß man die primäre Affektkrankheit heilt. Äußerst lehrreich war diesbezüglich der erwähnte Fall von

¹ FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 213: «Affekte sind eine Ich-Funktion».

² FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publ., London, 1946, S. 71-73.

L. WURMSER, den die Psychiater als Schizophrenie oder «präkatatonisches Negations-syndrom» diagnostiziert haben. Erst als wir WURMSER, der uns den Fall zur Kontrolle vorlegte, darauf aufmerksam machten, daß hier die epileptiforme, kainitische Affektstörung primär sei, welche die sekundären Entfremdungszustände hervorgerufen hatte und ihm den Rat gaben, in der Analyse vorerst den Kain aus dem Gefängnis herauszulassen, ist es ihm in der Tat gelungen, die Entfremdungszustände zu beseitigen. Einen ähnlichen Fall mit paroxysmal bedingten Entfremdungsattacken werden wir im dritten Teil (Fall 50) ausführlich behandeln. Hier sollten wir nur darauf hinweisen, wie wichtig es sein kann, daß der Analytiker in den Traumdeutungen – neben der Trieb- und Ich-Analyse – auch eine primäre Affekt-Analyse durchführt.

Der Analytiker als Traumdeuter muß aber neben den Kenntnissen der Trieb-, Ich- und Affekt-Analyse auch mit denen über *die intentionalen Störungen des Denkens* ausgerüstet sein. Im Kapitel II haben wir bereits unsere Meinung dargelegt, wonach die Intentionalitätslehre HUSSERLS als eine der Tiefenpsychologie bisher völlig fehlende «höhere Bewußtseinspsychologie» fungieren könnte. Auf die Notwendigkeit einer Analyse der intentionalen Denkstörungen hat L. BINSWANGER (1960) bei Melancholikern aufmerksam gemacht. Obwohl die Denkstörungen, neben den Symptomen auch in den Träumen, oft in frappanter Weise, erscheinen, wurden sie bisher fast völlig vernachlässigt. In bezug auf die Intention, d. h. das Sichrichten des Patienten unter anderem auf die Zeit, kann man auch die Träume leicht in drei Kategorien einteilen: 1. *retentive* Träume, die sich nur auf die Vergangenheit; 2. *präsentative* Träume, die sich insbesondere auf die Gegenwart richten, und 3. *protentive* Träume, welche sich hauptsächlich mit der Zukunft beschäftigen. In diese dritte Kategorie gehören die zuerst von A. MAEDER beschriebenen «teleologischen oder prospektiven» Träume (1912)¹. Obwohl bestimmte Träume nicht selten auf allen drei Zeithorizonten szeniert sind, finden wir des öfteren Kranke, welche in ihrer Traumwelt vorwiegend die Vergangenheit oder die Gegenwart oder die Zukunft erleben. Dadurch wird der Traumdeuter darauf aufmerksam gemacht, daß beim Patienten eine krankhafte Verschiebung oder Einschränkung des intentionalen Denkens vorliegt. Er muß somit auch diese intentionalen Denkstörungen zum Zeitverhalten auslegen.

Es kann vorkommen, daß der Analysand während des Auslegens eines aktuellen Traumes assoziativ einen früheren erzählt. Wir müssen diesen «Nebentraum» genau so als Einfall behandeln und seine Elemente durchassoziiieren lassen, wie es üblich ist, und erst danach zum ursprünglichen Traum zurückkehren. (Siehe Fall 14.)

Es kommt vor, daß der Analysand einen Traum seines Liebesobjektes, seiner Eltern, Geschwister oder Kinder erzählt. Wir verlangen die Einfälle auch zu diesen «fremden» Träumen, als ob sie die eigenen wären. Als Beispiel erwähnten wir bereits im Fall 2, daß die Analysandin einen Traum ihrer Englischlehrerin vorlegte; wir ließen sie zu diesem fremden Traum assoziieren, und so konnten wir die bisher verborgene lesbische Liebe aufdecken.

Soll man Träume immer bis zu Ende analysieren, oder kann man sie, wenn die Stunde abläuft, unvollendet lassen und in der nächsten Sitzung einen neuen

¹ MAEDER, A.: Zur Frage der teleologischen Traumfunktion. Jb. f. Psa. u. pspath. Forsch. Bd. V, I. Hälfte, 1913, und *Année psychologique*, 1912.

Traum vornehmen? FREUDS Stellungnahme hierzu war, daß man dies ohne Bedenken tun könne. Denn das Verdrängte, das in einem nicht zu Ende analysierten Traum zum Bewußtsein drängte, kommt in einem späteren Traum zurück. Als Ausnahme gelten zwar bestimmte Träume, die nach Erachten des Analytikers «Durchbruchsträume» darstellen. Diese Traumanalysen soll man auch mehrere Stunden hindurch fortsetzen, bis sie endgültig aufgeklärt werden.

Zum Schluß werfen wir die «fast ketzerische» Frage auf: Spielt die «Deutung» der Träume, Einfälle und Fehlleistungen im Heilungsprozeß in der Tat jene gewichtige Rolle, die die Autoren ihnen zumuten? Auf Grund von langjähriger analytischer Tätigkeit möchten wir unsere Ansicht folgendermaßen formulieren: Das, was heilt, ist sicher nicht die Sinngebung, die Interpretierung der Träume, sondern die Aufdeckung derjenigen Stücke des Ubw, welche durch die rigorose Vertiefung der Einfälle affektiv heraufgebracht werden. Die durch die Einfälle aufgedeckten, bewußtgemachten und affektiv wiedererlebten Geschehnisse des Ubw halten wir für die Genesung wichtiger als die Aufgabe, dem vorliegenden Traum «einen Sinn» zu geben. Natürlich fällt das Sinngeben oft in die gleiche Sphäre des Ubw, welche die Einfälle aufdeckten. Dem ist aber nicht immer so. Darum betonen wir, daß der Analytiker sich nicht darum bemühen soll, den «wahren Sinn» des aktuellen Traumes aufzufinden. Er soll sich eher auf jenes Stück des Ubw konzentrieren, das durch die Einfallsreihe evident wurde. Eben darum kann man die voranalytischen «alten», wie auch die sogenannten «fremden» Träume bearbeiten. Ob das Stück Ubw, welches durch die Einfälle aufgedeckt wurde, mit dem aktuellen Traum zusammenhängt oder nicht, ist für uns unwichtig. Diese Einstellung spricht nicht gegen die *freudsche* Theorie, sie bestärkt sie sogar, denn sie zwang uns, die Einfallsreihe so zu modifizieren, daß das Stück, welches aus dem Ubw heraufgehoben wird, womöglich das tiefste und massivste sei.

S. FREUD wies bereits darauf hin, daß man den Deutungsbegriff unangemessenerweise auch auf die Konstruktionen ausgedehnt hat. Er schreibt: «Wenn man in den Darstellungen der analytischen Technik so wenig von ‚Konstruktionen‘ hört, so hat dies seinen Grund darin, daß man anstatt dessen von Deutungen und deren Wirkungen spricht. Aber ich meine, Konstruktion ist die weitaus angemessenere Bezeichnung¹.»

Während aber der Meister selber bestrebt war, den Begriff der Deutung im Laufe seiner langen psychoanalytischen Praxis immer mehr nur auf die Sinngebung der *Einzelelemente* der Träume, der Einfälle und der Fehlleistungen einzuschränken², haben manche seiner Schüler die Theorie und das Anwendungsgebiet der Deutung maßlos erweitert. So dehnte H. HARTMANN den Deutungsbegriff zu einem «wissenschaftlichen Prozeß» aus, indem er auch die Aufdeckung der kausal-rationalen Zusammenhänge der seelischen Elemente zur Deutungsarbeit rechnete. Auch R. WAELDER betont, daß man die Deutungsarbeit bis zu den Erklärungen der kleinsten Details der Symptome, des Verhaltens, des Reagierens durchführen sollte³. Andere nennen Deutung sogar das «Durcharbeiten» von allen Formen der Widerstände, so insbesondere der Übertragungswiderstände

¹ FREUD, S.: Konstruktionen in der Analyse. Ges. Werke, Bd. XVI, S. 47. Siehe dazu auch Kap. XXV.

² Ebenda: S. 47 ff.

³ WAELDER, R.: Kriterien der Deutung. Int. Ztschr. f. Psa., 1939.

(MENNINGER). Die extremste Ausdehnung des Deutungsbegriffes finden wir bei EISSLER¹. Für diesen Autor ist nur die Deutungsarbeit als psychoanalytische Tätigkeit katexochen zu betrachten. Alle anderen, nicht deutenden Tätigkeiten nennt er Parameter. Nun besagt aber das Wort «Parameter» in der Geometrie eine «unbestimmte Konstante einer Funktion oder Gleichung». EISSLER rechnet zu dieser Parametrie-Tätigkeit alle Arten von nichtdeutenden Eingriffen, wie z. B. Fragen, Antworten, Gebote, Verbote, Bestätigungen, Ermutigungen, Bewertungen, Ratschläge usf., mit denen der Analytiker die Widerstände – inbegriffen die Übertragung – zu intensivieren und aktiv auszulösen versucht. Mir scheint, daß der Autor das wichtigste Stück der Analyse, nämlich das Durcharbeiten und die Widerstandsanalyse, auch nur als eine «parametrische», d. h. als nicht-eigentliche analytische Arbeit betrachtet. Damit stellte er sich aber gegen die Auffassung von S. FREUD. Eine Möglichkeit zur Konzession besteht nach ihm nur in den Fällen, wo diese Tätigkeit als «verhüllte Deutung» aufzufinden ist (Pseudoparameter). Somit wurde zufolge dieser Deutungsmonomanie jegliche Art der «aktiven Technik» – zwar als eine unvermeidliche «Konstante» unbestimmter Natur aufgefaßt – dennoch zu einer akzessorischen, im Wesen nichtanalytischen Arbeit degradiert; ein Dogmatismus, gegen den S. FREUD sich sicher am stärksten gewehrt hätte.

Der Drang nach Uniformität in der psychoanalytischen Technik mußte mit den Jahren zu einer Starrheit führen, welche die Erfolge ernstlich bedrohte. Auf dem XX. Int. Psychoanalytiker-Kongreß 1957 in Paris wurde deshalb ein Symposium abgehalten, indem über die Grenzen der noch erlaubten «Elastizität» (ANNA FREUD), «Variationen» und «Interventionen» (R. M. LOEVENSTEIN), «Parameter-Tätigkeit» (K. EISSLER) und des «Vorhandenseins» (présence) des Analytikers (S. NACHT) diskutiert wurde². Bei dieser Gelegenheit hat R. M. LOEVENSTEIN die möglichen Variationen von den fraglichen Modifikationen scharf getrennt. Zu den Modifikationen wurden gezählt: «1. Jede Tendenz zur Beschneidung der spontanen Produktion des Patienten und damit die Vernachlässigung der Erhellung seines Unbewußten. 2. Einschränkung der Deutung zugunsten von einwirkenden Manipulationen, also Maßnahmen, die nicht auf Einsicht des Patienten auf dem Wege der Verbalisation und Durcharbeitung aufbauen, sondern auf Übertragungs- oder Erziehungserfolgen. 3. Modifikationen, die die optimalen Analysenbedingungen im Sinne einer Beeinträchtigung der Analysierbarkeit des Patienten verändern, z. B. die Bildung oder Lösung der Übertragungsneurose gefährden³.»

Der Deuter in der Psychoanalyse ist u. E. ebenso nur ein Interpret, d. h. *ein Ausleger und Erklärer von Texten* wie in der Literaturwissenschaft. Man kann diese Tätigkeit nicht vermeiden. Doch sollte man auch in der Psychoanalyse an das denken, was E. ERMATINGER zum Induktionsbegriff des Positivismus sagte: daß dieser «eine *Selbsttäuschung* sei, denn wer Material sammeln und beobachten will, muß zuerst mit sich ins reine gekommen sein, nach was für formalen Gesichtspunkten er es sammeln soll⁴. Auf Grund ähnlicher Überlegungen hat die schicklsanalytische Therapie neben den Deutungen, den *Funktionsanalysen*, *im besonderen denen des Ichs*, den Vorrang gegeben.

¹ EISSLER, K. R.: a) The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. J. Amer. Psychoan. Assoc., 1, 104–143, 1953.

EISSLER, K. R.: b) Variationen in der psychoanalytischen Technik. Psyche, Jg. XIII, H. 10, 1960.

² J. of Psycho-Analysis XXXIX, II–IV, 1958, und Psyche, XIII, H. 10, 1960.

³ LOEVENSTEIN, R. M.: Bemerkungen über einige Variationen der psychoanalytischen Technik. Psyche XIII, H. 10, S. 594 (Fußnote).

⁴ ERMATINGER, E.: Philosophie der Literaturwissenschaft, Berlin, 1930, S. 25. Zitiert nach PETER SZONDI: Zur Erkenntnisproblematik in der Literaturwissenschaft, in «Wissenschaft und Verantwortung», Universitätstage, Berlin, 1962. Verlag de Gruyter.

ZUR TECHNIK DES FREIEN ASSOZIATIONS-VERFAHRENS

Sowohl vom praktischen wie auch vom historischen Aspekt her kann man 1. diagnostische und 2. therapeutische Assoziationsverfahren unterscheiden.

1. *Das diagnostische Assoziationsverfahren*

Das *jungsche* Assoziationsexperiment¹ geht zwar von der in der *wundtschen* Experimentalpsychologie gebrauchten Methode aus, dient aber nicht mehr bewußtseinspsychologischen Zielen, sondern will bereits unbewußte «Komplexe» aufdecken. Bei beiden Experimenten wird der Versuchsperson ein «Reizwort» zugerufen, und man fordert sie auf, möglichst rasch mit einem beliebigen «Reaktionswort» zu antworten. Die Reaktionszeit, die inhaltlichen, grammatikalischen Beziehungen zwischen dem Reiz- und dem Reaktionswort, die Irrtümer und die Unterschiede im Zeitaufwand bei Wiederholung des Experimentes, die Sperrreaktionen, das völlige Versagen der Assoziationen usf. werden notiert und ausgewertet. Nun hat aber C. G. JUNG die Versuchspersonen aufgefordert, die auffälligen Reaktionen durch nachträgliche Assoziationen zu erläutern. Auf diese Art ist es ihm gelungen, die tiefere Bedingtheit dieser auffälligen Reaktionen durch die verborgenen Komplexe aufzudecken. Damit hat die Zürcher Schule (E. BLEULER und C. G. JUNG) eine Brücke zwischen der Bewußtseinspsychologie (Experimentalpsychologie) und der Tiefenpsychologie (Psychoanalyse) geschlagen. Mit Recht betont S. FREUD, daß das *jungsche* Komplexassoziationsverfahren zwar dem Ziel einer objektiven Demonstration latenter Komplexe zu dienen vermag, für die analytische Behandlung aber entbehrlich sei. Die *jungsche* diagnostische Methode spielt heute in den Voruntersuchungen die nämliche Rolle wie die übrigen Tests. Die allgemeine Regel, nach der man die untersuchte Person in der Voruntersuchung niemals mit den Testergebnissen konfrontieren darf, bezieht sich auch auf das *jungsche* Assoziationsverfahren.

2. *Das therapeutische Assoziationsverfahren*

In der Experimentalpsychologie wurde die Assoziationsmethode auch zur Gedächtnismessung angewandt (*ranschburgsche* Wortpaarmethode). Der heuristische Fund S. FREUDS bestand aber darin, daß er durch das Assoziationsverfahren im Gegensatz zu den Gedächtnisprozessen eben das Vergessene aufzufinden versuchte. Somit fand diese Methode ihren Eingang in die Therapie.

Die technische Grundregel zu den freien Assoziationen im Rahmen einer Psychoanalyse gab S. FREUD wie folgt an: «Man leitet die Behandlung ein, indem

¹ JUNG, C. G.: Diagnostische Assoziationsstudien. Bd. I, 1906.

man den Patienten auffordert, sich in die Lage eines aufmerksamen und leidenschaftslosen Selbstbeobachters zu versetzen, immer nur die Oberfläche seines Bewußtseins abzulesen und einerseits sich die vollste Aufrichtigkeit zur Pflicht zu machen, andererseits keinen Einfall von der Mitteilung auszuschließen, auch wenn man 1. ihn allzu unangenehm empfinden sollte, oder wenn man 2. urteilen müßte, er sei unsinnig, 3. allzu unwichtig, 4. gehöre nicht zu dem, was man sucht¹.» Der Therapeut tut demnach gut, wenn er sich «ein starkes Zutrauen zur Strenge der Determinierung im Seelischen»² aneigne. Das Paradoxe ist, daß die Methode der *freien* Assoziationen auf dem Determinismus der seelischen Vorgänge fußt.

Die Grundthese, nach der die sogenannten «freien Einfälle» der Patienten durch verdrängte Komplexe determiniert sind, hat S. FREUD dadurch bewiesen, daß er zu den vergessenen Namen die frei auftauchenden Einfälle untersuchte. Er konnte dabei feststellen, daß alle spontan auftretenden Ersatznamen wirklich vom Vergessenen herstammen³. Von diesen Experimenten ging er dann zu den freien Assoziationen in der Traumanalyse über. Er forderte die Kranken auf, ihre Einfälle zu den «Traumelementen» ihm mitzuteilen. Er dachte: «Das Traumelement ist ja auch nicht das Richtige, nur ein Ersatz für etwas anderes, für das Eigentliche, das ich nicht kenne und durch die Traumanalyse auffinden soll⁴.» Während man aber beim Namenvergessen die Natur des Uneigentlichen am auftauchenden Ersatznamen sofort erkennt, ist der Weg, welcher von den Ersatzelementen der Träume zu dem eigentlich Vergessenen, zum Verdrängten, führt, in der Traumanalyse bedeutend mühsamer. Trotzdem gelingt dies, wenn man zu den Ersatzelementen weitere Einfälle kommen läßt. FREUD konnte aber auch beweisen, «daß der Einfall zum Traumelement durch den uns nicht bekannten psychischen Hintergrund eben dieses Elements determiniert wird»⁵. Damit hat er eine Spezifität der Determinierung der Ersatzefälle durch einen speziellen Komplex bewiesen. So entstand FREUDS therapeutisches Assoziationsverfahren.

Die Modifizierungen des Assoziationsverfahrens in der Schicksalsanalyse

Die erste Modifikation dieser passiven Assoziationstechnik besteht in der Schicksalsanalyse darin, daß man fast jeden Einfall «am laufenden Bande» wieder als Reizwort exponiert und somit die Einfallskette zu einer fortlaufenden Reizwortkette umwandelt, die immer tiefer in das Ubw eindringt. Ob das Endstück dieser Einfallskette den spezifischen oder einen anderen Komplex aufdeckt, scheint nicht in dem Maße wichtig zu sein wie für die Psa, da eben die Schicksalsanalyse nicht nur nach den persönlich verdrängten Erlebnissen (Regungen und Strebungen) sucht, sondern auch nach den verborgenen Ahnenfiguren, den unterdrückten und nicht gelebten Ahnenansprüchen. Diese sind zwar zumeist auch familiär spezifisch, zeigen oft aber auch ein Bündel von Ahnenfiguren, also eine Multiplizität. Das heißt: Dasselbe Traumelement – wie auch derselbe Traum –

¹ FREUD, S.: «Psychoanalyse» und «Libidotheorie». Ges. Schr., Bd. XI, S. 204–205.

² Ebenda: S. 204.

³ FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Schr., Bd. VII, S. 109.

⁴ Ebenda: S. 108.

⁵ Ebenda: S. 107.

kann in toto von mehreren verborgenen Ahnenfiguren gleichzeitig determiniert werden. So z. B. von epileptischen und paranoiden Ahnen (siehe Fall 6). Die Determinierung weist also in bezug auf den Traum, seine Elemente und die fortlaufenden Ersatzfälle stets einen mehrfachen multiplen Ursprung auf. Oft ist es fast unmöglich, festzustellen, welche Ahnenfigur aus dem krankmachenden Erbkomplex der wirklich determinierende Faktor war. Unsere Modifizierung spricht nicht gegen die *freudsche* Auffassung der spezifischen Beziehung zwischen dem Einfall und dem ihn bedingenden Verdrängten. Diese Form der Spezifität hat aber u. E. nur bei den Träumen von traumatischen Neurotikern eine Gültigkeit. Bei den Träumen von Kranken mit hereditären Ich- und Triebstörungen hingegen sind nach unseren Erfahrungen, wie gesagt, die Traumelemente und die fortlaufenden weiteren Einfälle häufig durch mehrere verborgene Ahnenansprüche determiniert. (Vgl. hierzu die Träume im Fall 6.) Daher müssen wir in den schicksalsanalytischen Traumanalysen fast jeden Einfall als Reizwort wieder exponieren. Nur durch diese fortlaufende Einfalls- und Reizwortkette kann es uns gelingen, in die familiärspezifische Tiefe des Ubw einzudringen.

Die zweite Modifikation des Assoziationsverfahrens in der Scha ist das sogenannte «aktive Hammerschlag-Assoziationsverfahren». Wie wir im Kapitel III bereits erörterten, besteht das Hammerschlag-Assoziationsverfahren in einer Art von «Drängen» durch 1. *echoartige Wiederholung* jedes Einfalls, 2. durch *iterative Wiederholung* eines einzigen Einfallswortes, welches wir unzählige Male so lange exponieren, bis das Verdrängte oder die Ahnenfigur mit ihrer psychiatrischen Symptomatik (Epilepsie, Schizophrenie usw.) beim Patienten selber auf der Couch erscheint, 3. durch Kombination beider Methoden mit einer *hammerschlagartigen Betonung der Reizworte* und einer unerträglichen Beschleunigung des Expositionstempos.

Diese aktive Methode wird aber nur unter bestimmten Indikationen angewandt (siehe später). Sie ist – als *Psychoschocktherapie* – nicht die einzige und nicht die führende Assoziationsmethode der Scha, wie es irrtümlicherweise aufgefaßt wurde. Denn die schicksalsanalytische Traumanalyse bedient sich hauptsächlich der passiven *freudschen* Assoziationsmethode. Erst wenn diese nicht ausreicht, die familiär-spezifischen Ahnenfiguren oder das Verdrängte, oder den Zusammenhang zwischen dem Symptom und dem Erlebten aufzudecken, entschließen wir uns zur Anwendung des Hammerschlag-Assoziationsverfahrens bzw. zum Psychoschock (vgl. hierzu Fall 15).

Das Schema der in der Scha angewandten Assoziationsmethoden können wir in folgender Weise mitteilen:

I. Passive Assoziationsmethoden der Psychoanalyse

1. Ohne jeglichen Ausgangspunkt:

Der Patient soll zum ganzen Traum in toto seine Einfälle mitteilen. Diese Art der Einfallsmethode wird nur von bestimmten Patienten selber verlangt, die eben zu den einzelnen Traumelementen nur mit Definitionen, Intellektualisierungen oder mit endlosen Geschichten assoziieren können.

2. Mit Ausgangspunkt:

Dem Patienten werden bestimmte Sätze oder Worte des Traumtextes exponiert und weitere Einfälle von ihm verlangt.

3. *Mit lückenlos fortlaufenden Einfällen:*

Das heißt jeder Einfall – wie auch die Traumelemente selber – werden fortlaufend exponiert.

4. *Alle Einfälle zu einem Traume werden nach der Traumanalyse wieder vorgelesen*, und der Patient wird aufgefordert, auf Grund seiner Einfallskette das Stück des Ubw aufzudecken, das ihm durch die Einfälle evident wurde. Diese Methode kommt dann zur Anwendung, wenn der Analysand unfähig ist, das Traum- und Einfallsmaterial selber zu überblicken.

5. *Aufdeckung der Schicksalsmöglichkeiten*, die die Einfälle oder die Traumelemente selber in sich tragen.

II. Aktive Assoziationsmethoden der Schicksalsanalyse

1. Echolalische Assoziationstechnik.
2. Iterative Assoziationstechnik.
3. Hammerschlag-Assoziationsverfahren bzw. Psychoschock.

*

Die erste passive Einfallstechnik, die ohne jegliche Ausgangsvorstellung arbeitet, wird in der Praxis von einigen Analytikern überwiegend nur als Einleitung zur zweiten Technik, derjenigen mit Ausgangspunkt, angewendet. In der Schicksalstherapie beginnen wir die Traumanalyse stets mit der zweiten Technik, d. h. mit dem sofortigen Exponieren von Traumelementen und Einfällen. Die Assoziationen zum ganzen Traum verlocken nämlich oft den Analysanden dazu, den Sinn des Traumes intellektuell so auszulegen, wie er sich ihn – noch vor der Sitzung – grübelnd-nachdenkend «gedeutet» hat. Nun stellten wir aber schon fest, daß für die Heilung nicht die «Sinnggebung», die «Deutung» der Träume, ausschlaggebend sei, sondern vielmehr *das schrittweise Erlebenlassen des Unbewußten und danach die Förderung der reiferen Stellungnahme*. Dies ist nur dann zu erwarten, wenn wir sowohl die Traumelemente wie auch die Einfälle als Reizworte oder Reizsätze fortlaufend exponieren und dem Analysanden die Möglichkeit geben, seine Widerstände in den Assoziationen allmählich zu überwinden. Wir lassen die intellektuellen, interpretierenden Einfälle wie auch die Wiederholung von bereits bekannten Erzählungen nur am Anfang des Assoziierens eine Weile laufen. Danach aber bringen wir durch die Exponierung der neuen Einfälle den Analysanden in das richtige Einfallsgelände, das immer tiefer ins Ubw führt. Dies ist oft schwierig, wir dürfen aber nie darauf verzichten. Erst nachdem der Traum auf diese Art bis zu Ende durchassoziert wurde, stellen wir die Frage: «Wohin führten Ihre Einfälle?» Wir selber deuten den Traum und seine Elemente auch dann nicht, wenn der Analysand uns über seinen Sinn Fragen stellt. Er soll selber darauf kommen, wohin ihn seine Einfälle führten. Ist er dazu derzeit noch unfähig, so beruhigen wir ihn, daß die nachkommenden Träume ihm so manches aufdecken werden, was ihm derzeit noch unverständlich blieb. Verbale Sinngebungen seitens des Therapeuten haben u. E. keinen Erlebniswert.

Fall 13. Ein Beispiel zur Anwendung des passiven Assoziationsverfahrens. Die 50jährige Patientin wünschte die Behandlung wegen ihrer langjährigen Arbeitsstörung. Sie hat die Schriften S. FREUDS noch vor der Analyse gelesen, wußte Be-

scheid über die Rolle des Ödipuskomplexes. Trotzdem dauerte es anderthalb Jahre, bis sie endlich anlässlich der Analyse des Traumes 158 die affektiv schwer beladene Inzestbindung zu ihrem Vater im Traum de facto erleben und überwinden konnte. Traum 158 lautete:

«In einem Berghotel besuche ich die kranke Schwägerin zusammen mit meinem Bruder. Dann gehe ich in den Garten und will dort in einem Teich die Füße waschen, aber der Schlamm zieht mich immer weiter hinunter, bis ich beinahe ertrinke. Ich rufe meine verstorbene Tante, die am Ufer steht, um Hilfe, aber sie hört mich nicht. Ein Mann kommt mir zu Hilfe und zieht mich heraus. Ich bin gerettet.»

Die Reizworte und Einfälle zu diesem Traum waren:

Ich: «In einem Berghotel.» Sie: «Irgendwo bei Herisau. Dort waren wir oft mit Papa. Haben gepicknickt und machten Wanderungen.» Ich: «Besuche die kranke Schwägerin.» Sie: «Sie bekam ein Kind. Es ist meine eigene Wiedergeburt. Ich muß aus dem alten Heim heraus, falle aber immer wieder zurück.» Ich: «Mit dem Bruder.» Sie: «Mein Bruder fragte mich am Telephon, ob ich gelesen habe, daß seine Frau einen Buben bekam.» Ich: «Dann gehe ich in den Garten.» Sie: «Es war ein barocker Garten wie in Belvedere oder Versailles.» Ich: «Will dort in einem Teich die Füße waschen.» Sie: «Sich waschen ist ja auch ein Wiedergeburtsmotiv.» Ich: «Sich die Füße waschen.» Sie: «Sich von einer Schuld reinwaschen. Mir liegt der Ödipus auf dem Magen . . . Jetzt weiß ich, warum ich in der letzten Sitzung keine Träume gebracht habe. Ich hatte zwar einen, habe ihn aber völlig vergessen, und jetzt plötzlich erinnere ich mich.» Ich: «Erzählen Sie diesen Traum.» Sie: «Ich war mit meinem Vater im Bett. Ich wußte, daß es mein Vater ist. Ich aber sagte: ‚Inzest hin, Inzest her, mir ist es wurst!‘ Heißt das, daß ich zurückfalle?» Ich: «Nein, Sie haben den Traum einfach verdrängt.» Sie: «Früher hatte ich immer Schuldgefühle, wenn ich mir etwas kaufte. In den letzten Zeiten aber kaufe ich schon ohne Schuld.» Ich: «Schlamm.» Sie: «Die Schuld wegen des Inzestes. Es ist so komisch: ich fühle mich ohne Schuld, wie wenn ich nackt herumlaufen möchte. Ich entdeckte jetzt, daß die Inzestbindung an Papa der Grund meines Hochmutes war. Die ältere Generation schuldet mir etwas, weil sie meine infantilen Forderungen nicht befriedigt hat. Daher mein Hochmut gegenüber älteren Männern. Jungen Männern gegenüber bin ich nie überlegen. Der älteren Generation gegenüber fühle ich mich als Gläubiger, die älteren Männer sind meine Schuldner. Ich habe bei ihnen noch etwas zugute. Jetzt weiß ich, woher der Hochmut kommt. Jetzt weiß ich auch, daß er schon verjährt ist. Vorgestern hat mir ein älterer Herr auf der Straße seinen Regenschirm angeboten. Zum erstenmal war ich nicht hochmütig. Jetzt weiß ich, daß mein Hochmut mit dem Inzest zusammenhängt. Daher fühlte ich mich nie als die verwaiste Tochter meines Vaters, sondern als seine Witwe. Erst jetzt weiß ich, was Tochter ist. Ich glaube, ich habe den Kern gefunden. Erst jetzt sehe ich, daß *mein Vater ein Vater war und nicht mein Ehemann*. Darum kam nie das Vaterbild richtig heraus. Das macht mich jetzt gegen andere Männer frei.» Ich: «Bin beinahe ertrunken.» Sie: «Ja, in diesem Schlamassel.» Ich: «Meine Tante hört mich nicht.» Sie: «Sie stand wie eine Statue am Ufer.» Ich: «Ein Mann kommt mir zu Hilfe.» Sie: «Er zieht mich aus dem Schlamm heraus. Ich bin gerettet. Das heißt: Wiedergeburt. Ich komme aus dem Dunkeln heraus. Jetzt stehe ich neu im Leben.»

Mit der Darstellung dieser Assoziationskette wollten wir folgendes zeigen: Erstens, daß nur das tiefe persönliche Erleben, niemals aber das Wissen oder die verbale Mitteilung des Analytikers an sich heilend wirken kann. Zweitens, daß nicht der Analytiker, sondern der Analysand selber das Verdrängte erkennen und anerkennen und die Folgen daraus für die Zukunft ziehen muß. Drittens, daß dort, wo das Symptom traumatischen Ursprungs ist, das *freudsche* passive Assoziationsverfahren in der Tat meisterlich funktioniert.

Fünfter Abschnitt

AKTIVE THERAPIE

Kapitel XVI

ZUR FRAGE DER AKTIVEN TECHNIK

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

In bezug auf das Assoziationsverfahren wurde ein kleiner Teil dieser umstrittenen Frage der analytischen Therapie bereits erörtert. Damit aber ist die Auseinandersetzung mit diesem Problem noch nicht erschöpft. Ins Zentrum der Diskussion wird stets das Verhalten des Analytikers gestellt und danach gefragt, wie weit er aktiv in den Heilungsprozeß eingreifen dürfe. In einem Lehrbuch ist es wohl überflüssig, den Streit hier ausführlich darzustellen. Für den praktizierenden Analytiker genügt es, wenn wir die Meinungen von drei Autoren: S. FREUD, S. FERENCZI und W. REICH und danach die der Scha anführen.

I. Die Stellungnahme S. FREUDS zu der Aktivität

Kurz nach dem ersten Weltkrieg hat S. FREUD auf dem V. Psychoanalytischen Kongreß in Budapest 1918 über die «Wege der psychoanalytischen Therapie»¹ gesprochen und seine Stellungnahme sowohl zur Frage der aktiven Psychosynthese wie auch zur aktiven Technik im allgemeinen dargestellt.

Über die Forderung einiger Autoren (BJERRE², ADLER, C. G. JUNG, A. MAEDER³, H. TRÜB usf.), daß nämlich nach der Zerlegung (Analyse) des kranken Seelenlebens eine aktive Synthese folgen müßte, hat sich FREUD ablehnend geäußert. Es handelt sich seiner Ansicht nach bei der «Synthese-Forderung um eine gedankenlose Phrase». Er glaubt nicht, daß der Psychoanalyse durch die geforderte «Psychosynthese» eine neue Aufgabe zugewachsen wäre und äußert sich wie

¹ FREUD, S.: Ges. Schr., Bd. VI, S. 136 ff.

² BJERRE, P.: Das Träumen als Heilungsweg der Seele. Rascher, Zürich, S. 209 ff.

³ MAEDER, A.: Psychosynthese-Psychagogik. Handbuch der Neurosenlehre u. Psychother., Bd. III, 1959.

folgt: «Ja, im Gegenteil! Der neurotische Kranke bringt uns ein zerrissenes, durch Widerstände zerklüftetes Seelenleben entgegen, und während wir daran analysieren, die Widerstände beseitigen, wächst dieses Seelenleben zusammen, fügt die große Einheit, die wir sein Ich heißen, sich alle die Triebregungen ein, die bisher von ihm abgespalten und abseits gebunden waren. So vollzieht sich bei dem analytisch Behandelten die Psychosynthese ohne unser Eingreifen, automatisch und unausweichlich. Durch die Zersetzung der Symptome und die Aufhebung der Widerstände haben wir die Bedingungen für sie geschaffen. Es ist nicht wahr, daß etwas in dem Kranken in seine Bestandteile zerlegt ist, was nun ruhig darauf wartet, bis wir es irgendwie zusammensetzen¹.» Damit wurde die zielbewußte, aktive Tätigkeit einer «Psychosynthese» endgültig abgetan. Dies heißt aber nicht, daß FREUD jegliche Aktivität des Therapeuten völlig abschaffen wollte. Wir können seine Auffassung bezüglich der Richtungen und Grenzen dieser Aktivität in den folgenden vier Thesen zusammenfassen:

Die erste These betrifft die Entbehrung. «Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden².» Unter Abstinenz versteht FREUD hier nicht die Enthaltung vom sexuellen Verkehr; sondern die aktive Aufrechterhaltung und Prolongierung der Leidensperiode des Patienten. Denn Leiden ist die Triebkraft, die zur Heilung drängt. Ohne Leiden kann man den Patienten nicht gesund machen. «Wir müssen, so grausam es klingt» – setzt er fort – «dafür sorgen, daß das Leiden des Kranken in irgendeinem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende findet. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermäßigt worden ist, müssen wir es irgendwo anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten, sonst laufen wir Gefahr, niemals mehr als bescheidene und nicht haltbare Besserungen zu erreichen³.» Darum gibt FREUD den Rat, daß der Analytiker alle Abwege, auf denen der Analysierte sein Leiden zu vermindern sucht, aufspüre und von ihm den Verzicht verlange, auch wenn die Tätigkeit, die ihm zur Befriedigung dient, harmlos erscheint. FREUD versperrt den Weg zu irgendeinem körperlichen Siechtum oder zu einer unglücklichen Ehe, d. h. den Weg zur Flucht in die Krankheit oder Ehe, weil der Analysand durch diese Art von Befriedigung des Schuld- und Strafbedürfnisses nur eine Ablösung der Neurose unbewußt erreichen möchte. Die Aktivität des Analytikers manifestiert sich hier somit im «energischen Einschreiten gegen die voreiligen Ersatzbefriedigungen»⁴.

Im Rahmen dieser These über die Entbehrung nimmt FREUD auch zur Frage der maßlosen Übertragung Stellung. Auch die Übertragung faßt er als einen Versuch der Analysanden auf, mit dem sie sich durch das Verhältnis zum Arzt eine Ersatzbefriedigung schaffen wollen. Obwohl FREUD der Meinung ist, daß der Analytiker auf dem Gebiete der Übertragung einiges gewähren sollte, ist er dennoch im Grunde sehr streng, indem er sagt: «Wer als Analytiker etwa aus der Fülle seines hilfsbereiten Herzens dem Kranken alles spendet, was ein Mensch vom anderen erhoffen kann, der begeht denselben ökonomischen Fehler, dessen sich un-

¹ FREUD, S.: Wege der psychoanalytischen Therapie. Ges. Schr., Bd. VI, Technik S. 139.

² Ebenda: S. 140.

³ Ebenda: S. 142.

⁴ Ebenda: S. 142.

sere nichtanalytischen Nervenheilstätten schuldig machen¹. » Der Kranke soll also im Verhältnis zu seinem Analytiker «unerfüllte Wünsche reichlich übrig behalten»¹. Der Analytiker muß die Befriedigungswünsche der Patienten aktiv versagen.

Die zweite These hinsichtlich der Aktivität bezieht sich auf die Ablehnung des Anspruchs, daß der Analytiker das Schicksal des Analysanden formen sollte. FREUD betont, daß der Analysand nicht zum Leibgut des Arztes werden darf. Er darf nie – wie das von J. PUTNAM gefordert wurde – dem Patienten seine persönlichen Ideale und Weltanschauungen aufdrängen. Die sogenannte erzieherische Wirkung des Analytikers beschränkt FREUD maximal, indem er vom Analysanden verlangt, er selber solle für seine Befreiung und Vollendung seines Wesens sorgen und nicht eine Ähnlichkeit mit dem Therapeuten anstreben.

Die dritte These hinsichtlich der Aktivität umfaßt die Gebote und Verbote, die der Therapeut unter Umständen dem Kranken geben muß. So fordert FREUD – ähnlich wie S. FERENCZI – den Agoraphobiker auf, trotz Angst allein auf die Straße zu gehen. Oder er wartet bei schweren Zwangsneurotikern ab, «bis die Kur selber zu Zwang geworden ist» und versucht dann, mit diesem «Gegenzwang» den Krankheitsgewinn *gewaltsam* zu unterdrücken.

Die vierte These bezieht sich auf die Zukunft, in der einmal auch «der Arme ein ebensolches Recht auf seelische Hilfeleistung haben wird wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische»². Da der Arme vermutlich noch weniger auf seine Neurose zu verzichten vermag wie der Reiche, glaubt FREUD, daß diese Patienten auch *materiell* unterstützt werden müßten. Er hält es sogar nicht für unmöglich, daß in der Massenwendung der analytischen Therapie die antiquierten suggestiven und hypnotischen Beeinflussungen zur Anwendung kommen könnten, betont aber, daß auch in der Psychotherapie des Volkes die «von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse» entlehnten Ideen als die wirksamsten und wichtigsten Bestandteile fungieren werden³.

Wenn man dazu noch an die Aktivität des Analytikers im Durcharbeiten bestimmter Komplexe, wie auch an die Ich- und Charakteranalysen denkt, so muß man feststellen, daß FREUD trotz der betonten Passivität in der Psychoanalyse dennoch der Aktivität ein relativ breites Wirkungsgebiet einräumt. Dieses Gebiet ist indessen bei FREUD bedeutend kleiner als bei S. FERENCZI, dem Vater der aktiven Therapie.

II. Die aktive Technik nach S. FERENCZI

S. FERENCZI hat seine «aktive Technik» in sechs Abhandlungen (1919–1926) niedergelegt^{4–9}, die dann auch in den Sammelbänden «Bausteine zur Psycho-

¹ Ebenda: S. 142.

² Ebenda: S. 145.

³ Ebenda: S. 146–147.

⁴ FERENCZI, S.: Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse. Int. Ztschr. f. Psa. Bd. V, 1919.

⁵ FERENCZI, S.: Zur Frage der Beeinflussung des Patienten in der Psychoanalyse. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. V, 1919.

⁶ FERENCZI, S.: Zur psychoanalytischen Technik. Int. Ztschr. f. Psa, Bd. V, 1919.

⁷ FERENCZI, S.: Weiterer Ausbau der «aktiven Technik in der Psychoanalyse». Int. Ztschr. f. Psa., Bd. VII, 1921.

⁸ FERENCZI, S.: Über forcierte Phantasien (Aktivität in der Assoziationstechnik). Int. Ztschr. f. Psa., Bd. X, 1924.

⁹ FERENCZI, S.: Bausteine zur Psychoanalyse. I. Bd. Theorie, II. Bd. Praxis. Int. Psa. Verlag, Leipzig, Wien, Zürich, 1927.

analyse» (1927) erschienen sind. Die Zielsetzungen dieser neuen Technik faßte der Autor wie folgt zusammen:

1. Die aktive Technik versucht, durch eine neue Verteilung der psychischen Kräfte, in erster Linie der libidinösen Energien des Kranken, bisher stark verdrängtes Material aus dem Ubw zutage zu fördern.

2. Sie will auch das Gehemmte fördern und das Ungehemmte im Seelenleben hemmen lassen.

3. Durch die Aktivität wird der Widerstand des Kranken gereizt und die «torpide Ruhe» einer ins Stocken geratenen Analyse gestört.

4. Die aktive Technik will somit bei den Analysanden bestimmte Handlungen, Hemmungen, seelische Einstellungen und die Affektabfuhr anregen, reizen. Sie stellt also eine Art von «Reiztherapie» dar und ermöglicht «das sekundäre Zugänglichwerden des Unbewußten oder des Erinnerungsmaterials»¹.

Die aktive Technik bezieht sich nicht – wie die passive – ausschließlich auf die seelische Einstellung des Analysanden, sondern *proviziert ihn durch besondere Aufgaben, Gebote und Verbote*. Während der Analytiker bei der passiven Technik in der Ich-Erziehung seinen aktiven Eingriff nur durch die in der Übertragung gesteigerte Autorität ausübt, soll er dem Kranken nach S. FERENCZIS aktiver Technik:

1. Aufgaben zur Ausführung bestimmter unlustvoller Handlungen auferlegen – ähnlich wie es FREUD bei der Agoraphobie tat.

2. Verbote erteilen, indem er den Patienten auffordert, auf gewisse lustvolle Handlungen zu verzichten, z. B. auf onanieartige Reizung der Genitalien, auf Stereotypien, ticartiges Zupfen oder Reizen anderer Körperstellen usf.

3. Die Gebote beziehen sich aber unter Umständen auch auf die Aufforderung zur Produktion von Gedanken und Phantasien bzw. auf Verbote derselben. So forderte er den Patienten auf, Träume zu erfinden, zu fingieren. Beim «Mißbrauch der Assoziationsfreiheit»² gab er den Auftrag, die irreführenden Einfälle, das Vorbeireden und Vorbeidenken aufzugeben und zu dem abgebrochenen Gedankenfaden zurückzukehren. «Dieses Richtungsgeben für den Assoziationsablauf, diese Hemmung respektive Förderung der Gedanken und Phantasien ist sicherlich» – schreibt FERENCZI – «ebenfalls Aktivität im hier gebrauchten Sinne des Wortes.»

FERENCZI betont, daß er mit dieser aktiven Technik nicht das sofortige Symptomaufgeben bezweckt, sondern neues Erinnerungsmaterial erhalten und somit den Fortgang der Analyse beschleunigen will. In der Lehre FREUDS (1919), nach der die Kur überhaupt in der Versagung ausgeführt werden sollte, sieht er eine Bestätigung seiner aktiven Technik. Und weil es zweckmäßig ist, gerade diejenige Befriedigung zu verbieten, die der Analysand am intensivsten wünscht, zielt diese «Reiztherapie» durch die Verbote eben auf dieses Wunschgebiet. Durch die aktive Technik wird in der Tat der gewöhnliche Abfluß der Reizströme aus dem Psychischen gewaltig gestört. Es werden absichtlich neue Spannungsverhältnisse provoziert, um dadurch bisher verborgenes Material im Ubw zu aktivieren. Dieses Material manifestiert sich sodann in den Assoziationen. Denn durch die Gebote und Verbote werden dem Analysanden Antriebe vollbewußt, die sich bisher nur

¹ FERENCZI, S.: Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse. Bausteine . . . Bd. II, S. 83–84.

² FERENCZI, S.: Weiterer Ausbau . . . Bausteine . . . Bd. II, S. 74.

in unerkennlichen Rudimenten äußerten. Der Patient erkennt sie als Wunschregungen. Durch die Verbote finden somit diese künstlich geweckten Triebrengungen den Weg zu längst verdrängten Stücken des Ubw. Die Triebansprüche, welche der Analysand durch die aktive Provokation aktuell erlebt, waren bisher in den Träumen und Einfällen nur als verstellte infantile Reminiszenzen gedeutet. Nach der Provokation aber kann er diese Regungen nicht mehr ableugnen.

FERENCZI zerlegt seine aktive Technik in eine erste «Gebotsperiode» und in eine zweite «Aufgabe- oder Verbotsperiode». Bei bestimmten Patienten, die ohne erhaltenen Auftrag «aktiv» sind (Onanieren, Zwangshandlungen ausführen, passagere Symptome produzieren)¹, entfällt die Gebotsperiode von selbst, und die Aktivität beschränkt sich somit auf die zweite Periode der Verbote bzw. der Aufgabe. Sowohl die Gebots- wie die Verbotsperiode muß unter steter Einhaltung der *freud-schen* «Situation der Versagung» stehen. So verbietet FERENCZI unter anderen folgende Symptome, welche während der Analyse auftraten: den Drang, vor und nach der Stunde zu urinieren, den Brechreiz, das unartige Zappeln, Zupfen und Streicheln am Gesicht, an den Händen oder anderen Körperteilen, Spiele mit dem Sphinkter, das Aneinanderdrücken der Beine auf der Couch usf.

Zur Indikationsstellung der aktiven Therapie gibt FERENCZI folgende Direktiven: 1. Angsthysterie, 2. Zwangshandlungen, 3. Kinderneurosen, 4. Geisteskranke, wenn die Aktivität nicht als psychologischer Selbstzweck, sondern «als Hilfsmittel der Tiefenforschung zur Anwendung gelangt». 5. Die Notwendigkeit der Abkürzung der Analyse aus äußeren Gründen. 6. Massenbehandlung beim Militär, in der Poliklinik usf. Hier aber ist stets einerseits die Gefahr einer zu raschen, unvollständigen Heilung, andererseits die Verlängerung der Behandlung durch Reizung der Widerstände. 7. Onanie. 8. Impotenz. 9. Charakteranalyse bei Personen, denen die Krankheitseinsicht fehlt und deren Narzißmus dominiert. 10. Am Ende der Analyse. – In all diesen Fällen soll aber die aktive Technik erst nach der Tragfähigkeit der Übertragung und auch dann mit möglichster Sparsamkeit angewendet werden.

Kontraindiziert ist die aktive Technik: 1. wenn die verfügbaren Mittel der passiven Technik dem Heilziel entsprechen; 2. wenn die pathogenetischen Einzelheiten des Symptoms auch mit der Passivität genügend durchgearbeitet werden können.

Zur Theorie seiner aktiven Technik führt FERENCZI folgende Möglichkeiten des Wirkungsvorgangs aus: Die Aktivität bewirkt vor allem eine Steigerung des Widerstandes. Sie reizt die Empfindlichkeit des Ichs an dem Ort, wo die Allergie am stärksten ist. Sie führt zur Verschlimmerung der Symptome (Exacerbation). Durch Einstellung der lustbringenden Tätigkeiten und Bezwingung der unlustbetonten Handlungen erhöht sich die psychische Spannung. Es werden Regionen des Ubw geweckt, die bisher im Ruhezustand schlummerten. Somit wird der Weg zur Bewußtseinswerdung auch dieser unbewußten Regionen freigelegt. Das offene Agieren versteckter Triebrengungen vor dem Analytiker wirkt stets stärker als jegliche Beichte oder Selbstbekennung. Dazu kommt noch der Befehl zur Beherrschung, und dieser ermöglicht eine endgültige Revision des Verdrängten. Die

¹ FERENCZI, S.: Über passagere Symptombildungen während der Analyse. (Passagere Konversion, Substitution, Illusion, Halluzination, «Charakterregression», und «Ausdrucksverschiebung») Zentralblatt, Bd. II, 1912. Bausteine, Bd. II, 1927, S. 9 ff und 26 ff.

aktiv erzwungenen Affektentladungen und -äußerungen können mehr Verdrängtes aufdecken als die kathartische Technik. Mit der aktiven Technik ist das Wiedererleben von «unkoordinierten Gesten» oder «magischen Gebärden» aus der vorsprachlichen Phase der Kindheit ermöglicht. Die Technik wirkt bei diesen frühinfantilen Wiederholungen wie ein «agent provocateur». Der Autor schließt seine Erörterungen mit dem Satz: «Die aktive Technik will nichts mehr und nichts anderes als gewisse noch latente Wiederholungstendenzen durch Aktion zutage fördern und dadurch der Therapie vielleicht etwas rascher als bisher zu jenen Triumphen verhelfen», über die S. FREUD sich mit dem Satz äußerte: «Es ist eine Feier der Therapie¹.»

*

Anlässlich der Darstellung der Psychoschock-Therapie in der Scha werden wir die zwei Arten der aktiven Technik vergleichen.

Vor der vergleichenden Untersuchung der aktiven Techniken müssen wir uns noch einem der traurigsten und tragischsten Kapitel der aktiven Therapie zuwenden, nämlich der aktiven Widerstandsanalyse von WILHELM REICH. Seit 1946 ist sein Name aus der psychoanalytischen Literatur fast völlig verschwunden. Eine, vielleicht die letzte, kritische Einschränkung der *reichschen* «Konsequenten Widerstandsanalyse» von psychoanalytischer Seite her, finden wir noch bei ANNA FREUD². Wenn wir uns hier dennoch mit der monomanischen Aktivität dieses Autors beschäftigen, so aus zwei Gründen: Erstens zur Warnung, wohin die bremsenlose, inflative Steigerung der Aktivität einen hochbegabten Menschen zu führen vermochte. Zweitens ist das Schicksal W. REICHS für die Schicksalsanalyse auch darum so lehrreich, weil es ein Paradigma für die Folgen darstellt, wenn man einen hereditär schwer ich-gestörten Menschen, der nur mit der psychoanalytischen Technik der traumatischen Neurosen behandelt wurde, vorzeitig in der Praxis und der Literatur einsetzt, ohne bei ihm vorher die hereditären Ich-Störungen – hier das Inflativ-Paranoide – durchgearbeitet und ungefährlich gemacht zu haben. W. REICH war bekanntlich von 1922 bis 1928 erster klinischer Assistent und Leiter des Seminars an der Psychoanalytischen Poliklinik in Wien. Er beendete sein Leben mit sechzig Jahren an einem Herzschlag, als Insasse des Zuchthauses zu Lewisburg in Pennsylvanien, wo er wegen betrügerischer Anpreisung und Versendung seiner «Orgon-Akkumulatoren» genannten Heilkisten eine Strafe von zwei Jahren Zuchthaus absitzen sollte³.

Wenden wir uns zuerst der *reichschen* aktiven Therapie zu.

III. Die Aktivität in der konsequenten Widerstandsanalyse und Charakteranalyse nach W. REICH

Als Leitmotiv führen wir den Satz des Autors an: «Ganz allgemein kann gesagt werden, daß man in der Analyse der Widerstände nicht früh genug eingreifen, in der Deutung des Unbewußten, von den Widerständen abgesehen, nicht zurückhaltend genug sein

¹ FERENCZI, S.: Bausteine. . . , Bd. II, S. 86.

² FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publ. Co. Ltd., London, 1946, S. 39-40.

³ MUHLEN, N.: Der Fall Wilhelm Reich. Der Monat, Jg. 10, März, 1958, H. 114.

kann. Gewöhnlich wird umgekehrt verfahren: Man pflegt einerseits allzu großen Mut in der Sinndeutung zu zeigen und andererseits ängstlich zu werden, sobald sich ein Widerstand einstellt¹.» Aus dieser falschen Überzeugung leitet W. REICH zwei Grundsätze ab. Erstens, daß die Initialwiderstände gegen die Behandlung und gegen den Analytiker vor allem aus dem Charakter des Analysanden, d. h. aus den Reaktionsbildungen, herkommen. Man muß also vorerst den Charakter analysieren und die Charakter-Widerstände aufdecken und deuten – und nicht das Unbewußte, das sich in Träumen und Symptomen manifestiert. Zweitens soll die Haltung des Analytikers in der Charakterwiderstandsanalyse aktiv, in der Sinndeutung des Unbewußten passiv sein. Somit zerlegt er die analytische Tätigkeit in eine frühzeitige aktive Widerstandsanalyse und eine spätere passive Sinndeutungsanalyse. Damit hat er das klassische Verfahren S. FREUDS vollständig umgedreht.

Das frühzeitige aktive Eingreifen in der Widerstandsanalyse motiviert der Autor durch folgende – u. E. falsche – Überlegungen:

Der Erfolg aller Analysen hängt von der Einleitung der Behandlung ab. Die korrekte Erfassung und Handhabung des ersten Übertragungswiderstandes soll ausschlaggebend für die weitere Entwicklung der Behandlung sein². Es ist also nicht gleichgültig, ob der Analytiker das manifest gewordene unbewußte Material vorher deutet oder den dazugehörigen Widerstand. Die Analysanden müssen erst zur Analyse erzogen werden, denn meistens sind sie nicht von Beginn analysenfähig. Man ist deshalb genötigt, zuerst die Widerstände gegen die Analyse aktiv aufzulockern, ohne deren Überwindung die Patienten nicht fähig sein werden, die Grundregeln FREUDS einzuhalten. Eine Charakteranalyse am Anfang hat nach dem Autor eben die Aufgabe, den Analysanden nach Überwindung der Widerstände für die Sinndeutungsanalyse seiner Symptome reif zu machen. (In der Praxis erfahren wir das polar Entgegengesetzte. Mit der frühzeitigen aktiven Widerstandsanalyse versperren wir den Weg zur Tiefenanalyse.)

Das Übersehen des ersten negativen Übertragungswiderstandes ist, nach dem Autor, ein allgemeiner blinder Fleck (Skotom) der meisten Analytiker. Der Erfolg der Behandlung hängt aber davon ab, ob schon in der Einleitungsperiode der Analyse diese negative Übertragung – als Widerstand – aufgedeckt und durch ein aktives Eingreifen aufgelockert bzw. weggeschafft werden kann. (Nach unserer Erfahrung merken die erfahrenen Analytiker wohl die ersten Zeichen einer negativen Übertragung, bleiben aber so lange passiv, bis dann das unbewußte Material zum Durcharbeiten reif wird.)

Die Manifestationsformen der negativen Übertragungswiderstände sind nach dem Autor äußerst mannigfaltig. Er zählt einige auf³.

1. *Die Braven*, die übergehorsamen, überfreundlichen, äußerst zutraulichen Patienten, die stets in positiver Beziehung zum Analytiker stehen und nie enttäuscht sind. (Passiv-feminine Charaktere, weibliche Hysterien mit nymphomani-schen Zügen.)

2. *Die Konventionellen und Korrekten* mit getarntem Haß und einer «Höflichkeit um jeden Preis» (Zwangscharaktere).

¹ REICH, W.: Charakteranalyse. Imago-Verlag, 1932, S. 55.

² Ebenda: S. 23.

³ Ebenda: S. 49.

3. *Die Affektlahmen* mit gesperrten Aggressionen (zwangshafte und hysterische Charaktere).

4. *Die Depersonalisierten* mit Unechtheit ihrer Gefühle und Gefühlsäußerungen und mit einem «inneren Lächeln», das ihnen selbst zur Qual wird (narzißtische Neurosen mit hypochondrischem Charakter).

Diese Typen finden wir in der Tat. Für die aktive Technik der Widerstandsanalyse der Charaktere schreibt W. REICH vor:

1. Auswahl des zu deutenden Materials: Der Analytiker soll «aus der Fülle des aus vielen seelischen Schichten strömenden Materials jenes Stück herausgreifen, das im aktuellen oder vorangegangenen Übertragungswiderstand eine zentrale Stelle einnimmt und nicht von anderen Handlungen überdeckt ist»¹. Auf das übrige Material soll er nicht eingehen. Dadurch wird dieses Material des Ubw automatisch zurücktreten.

2. Lenkung der Analyse: Der Analytiker muß selber das Material aktiv lenken, indem er «ständig auf das hinweist, was verborgen wird und das Vorgesobene nicht beachtet»². Wenn z. B. der Analysand den Analytiker und die Analyse ständig lobt, dann muß er auf die latente negative Übertragung, d. h. auf den verborgenen Widerstand, hinweisen und durch die Widerstandsanalyse das Motiv seines Verhaltens, nämlich die Angst, Kritik zu üben, ihm aufzeigen. Die richtige Auswahl des zu deutenden Materials sichert ein Kontinuum in der Analyse, da durch die Widerstandsanalyse die Gesetzmäßigkeit der Übertragungsentwicklung aufgedeckt werden kann.

3. Die Widerstandsanalyse muß – eben durch die aktive Lenkung und Auswahl des zu deutenden Materials – geordnet und systematisch, vor allem aber *konsequent* durchgeführt werden. Man soll sich in der Behandlung nicht auf einzelne Detailwiderstände einstellen, sondern die Neurose stets «aus dem festen Stützpunkt des kardinalen Widerstandes nach allen Seiten untergraben». Somit kann dann der Analytiker «durch das konsequente Aufrollen des Widerstandes einen verläßlichen Überblick über die vergangenen und gegenwärtigen Situationen erlangen und muß nicht für die Kontinuität der Analyse kämpfen wie bei der passiven Behandlung. Er schreibt: «Man wird vergeblich versuchen, uns davon zu überzeugen, daß durch ‚Anschließen‘ mit Sinndeutungen oder gar durch Behandlung aller Patienten nach einem Schema, etwa von einem angenommenen Urquell der Neurose aus, den großen Problemen der Psychotherapie beizukommen ist. Wer solches versucht, zeigt dadurch nur, daß er die eigentlichen Probleme der Psychotherapie nicht erfaßt hat und nicht weiß, was das ‚Durchschneiden des gordischen Knotens‘ wirklich bedeutet: nämlich ein Zerstören der analytischen Heilungsbedingungen»³.» Zum «wahren» Erfolg kann nur der sparsam umgehende Weg der langsamen Aufwicklung des Knotens führen. (Darin hat er recht.) Andererseits lehnt sich W. REICH energisch gegen «die falsche Auffassung der analytischen Passivität» auf, denn das endlose Warten und passives Schweigen führen eben zu der «chaotischen Situation» in der Analyse. Darum muß der Analytiker in der Widerstandsperiode den Gang der Analyse aktiv selber lenken. Nur in der widerstandsfreien Phase soll er die Lenkung dem Analysanden über-

¹ Ebenda: S. 51.

² Ebenda: S. 51.

³ Ebenda: S. 53.

lassen. Er warnt sowohl vor der Gefahr des «Anschießens mit Sinndeutungen» wie auch vor der «des Schweigens aus Prinzip»¹. Auch gegen die «Zickzack-Technik», bei der der Analysand stets mit fernliegenden Themen auszuweichen versucht, soll nach ihm allein die aktive, konsequente Widerstandsanalyse unter Lenkung und Auswahl des Materials seitens des Analytikers schützen.

*

Es lohnt sich nicht, in die Einzelheiten dieser hyperaktiven, monoman-konsequenten Widerstandsanalyse einzugehen. Die dargestellten Reformbestrebungen von W. REICH genügen schon zur Feststellung: 1. des paranoid gefärbten generellen Mißtrauens des Autors in bezug auf die positiven Übertragungspheänomene; 2. der paranoiden Verabsolutierung der Tatsache, daß gewisse – sicher nicht alle – Patienten analyseunreif in die Behandlung kommen. 3. Ferner, daß W. REICH die Notwendigkeit einer aktiven Widerstandsanalyse schon zu Beginn der Behandlung übertrieb und die Wichtigkeit der langsamen Analyse des Übv kritiklos herabschätzte. 4. Im besonderen aber ist seine Forderung, daß der Analytiker von Anfang an das zu deutende unbewußte Material aktiv auszuwählen und die Analyse zu lenken habe, völlig verfehlt, u. E. sogar dort, wo hereditäre Ich-Störungen die passive Technik erschweren. Auch bei diesen Fällen muß die Analyse monate-, ja jahrelang völlig passiv geführt werden, und der Therapeut darf zur aktiven Technik erst dann greifen, wenn die passive völlig versagt und die Analyse mit einer Versandung droht. (Siehe später die Erörterungen über die «Lochbildungen».) Damit haben wir unserer Warnungsaufgabe in bezug auf die *reichsche* aktive Technik genug getan.

Einige Worte müssen wir – als Schicksalsanalytiker – indessen noch zum Schicksal dieses hochbegabten Mannes hinzufügen.

Als erstes fällt in diesem Schicksal auf, daß ein Gelehrter und Lehrer der Psychoanalyse, der sein Leben wegen Betrugs in einem Zuchthaus beendete, mit 36 Jahren ein berühmtgewordenes Buch gerade über «Charakteranalyse» schreibt. Schicksalsanalytisch ist es zwar richtig, wenn ein «charakterkranker» Mensch sich mit Charakterologie abgibt. Die Zulassung zu einer analytischen Tätigkeit hat aber eine Bedingung, die man niemals vernachlässigen darf: Man muß durch Stammbaum- und Testuntersuchungen noch vor der Analyse die familiär spezifische Anlage zum inflativen Paranoid und dann in der Behandlung die Neigung zu betrügerischer Kriminalität auf Grund des Größenwahns beim Patienten feststellen, ihn in der Analyse mit dieser Anlage konfrontieren und ihn so lange von einem Heilberuf zurückhalten, bis es gelingt, die Bremsen gegen die Inflation mit Sicherheit einzubauen. Darum hat die Schicksalsanalyse bei hereditären Ich-Störungen der jahrelang dauernden passiven psychoanalytischen Trieb-Analyse noch eine ausgedehnte Ich-Analyse hinzugefügt. Bleibt auch die Ich-Analyse erfolglos, so muß man den Patienten – auch wenn er hochbegabt ist – von jeglicher Art eines Heilberufes radikal abhalten. Dies mußten wir in der Tat in einigen Fällen tun.

Der zweite Fehler, den die Ärzte als Kollegen im Fall W. REICH gemacht haben, ist, daß sie ihm die paranoide Ausdehnung seiner Heilmethoden («Sexpol»,

¹ Ebenda: S. 54.

«Orgon-Wissenschaft», «Orgon-Akkumulator» usf.) dadurch ermöglichten, daß sie ihn nicht rechtzeitig internierten. Mit dem Dulden und Abwarten habendie Psychoanalytiker ihrem Kollegen einen schlechten Dienst geleistet.

Diese Bemerkungen beabsichtigen nicht, zu beweisen, daß der Fall W. REICH durch eine schicksalsanalytische Behandlung geheilt worden wäre. Wichtig erscheint uns aber die Feststellung, daß ich-gestörte, paranoid-inflative oder autistisch-narzißtische Individuen mit allen Mitteln von den Heiltätigkeiten – für die sie eine besondere Neigung zeigen – so lange zurückgehalten werden müssen, bis die notwendige Bremse gegen die Inflation und den Autismus – analytisch oder psychopharmakologisch – im Ich bleibend eingebaut wird. Diese Aufgabe ist äußerst schwer aber nicht unmöglich.

*

Nun kommen wir zur Erörterung der aktiven Technik in der schicksalsanalytischen Therapie. *Wir betonen nochmals, daß diese aktiven Verfahren nur nach einer langen passiven Periode und auch dann nur episodisch angewandt werden dürfen, wenn die ernste Gefahr eines Versandens und des Mißlingens der Analyse zweifellos festgestellt worden ist.*

IV. Die Anwendung der Psychoschocktechnik auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

I. DIE LOCHBILDUNG

Es gibt kaum eine psychoanalytische Behandlung, die nicht über kurz oder lang davon bedroht wäre, in eine Sackgasse oder sogar in eine sogenannte «Loch-Periode» zu geraten.

Der Patient, welcher bisher in den Traumdeutungen fortlaufend äußerst diskrete und wertvolle Einfälle aus der Tiefe seines persönlich-verdrängten Unbewußten gebracht hat, wird plötzlich hiezu unfähig. Seine Einfälle bleiben an der Oberfläche – wie angenagelt – hängen. Die Kette der Assoziationen aus der Tiefe wird unterbrochen.

Der eine Patient merkt diese Unterbrechung wohl und sagt selber: «*Ich stehe vor einem Loch und kann nicht weiter.*» Daher unsere Bezeichnung «Loch-Periode».

Der andere merkt die Lochbildung in der analytischen Baggertätigkeit überhaupt nicht und bringt ruhig Oberflächenschuttmaterial, oft auch logisch-intellektuelle Banalitäten, zum Vorschein. Er tut so, als ob er nicht am Rande eines Abgrundes seiner Tiefenseele stehengeblieben und in ein Loch gefallen wäre.

Diese Lochbildung ist demnach mehr als eine gewöhnliche Stockung, die ja in fast allen Stunden der Analyse kurzfristig auftreten mag. Als Lochbildung ist eine solche Stockung erst dann anzusprechen, wenn die Veroberflächung oder Versandung des Assoziationskontinuums sich *auf Wochen und Monate ausdehnt*. Sie kann unter Umständen die Behandlung gänzlich zum Scheitern bringen oder aber ihre Dauer verdoppeln, ja sogar vervielfachen. Man spricht im allgemeinen mit FREUD von Widerständen.

Wir haben nun in den vergangenen Jahren gegen diese Lochbildungen in der psychoanalytischen Behandlung *eine aktive Modifikation der freudschen Einfalls-*

methode entwickelt¹. Sie dient dazu, die langanhaltenden, den Behandlungserfolg ernst bedrohenden Widerstände «schockartig» zu überwinden und somit die Dauer der Behandlung abzukürzen bzw. deren Erfolg zu sichern.

Wir nennen diese aktive Einfallsmethode – etwas outriert – das «*Hammer Schlag-Assoziationsverfahren*», die mit diesem Verfahren durchgeführte Behandlungsart; die «*Psychochock-Technik*».

DAS HAMMERSCHLAG-ASSOZIATIONSVERFAHREN

modifiziert die ältere *breuer-freudsche* kathartische Methode des Drängens in zwei Richtungen.

Die *erste Modifikation* besteht darin, daß der Analytiker *bestimmte Worte oder Sätze des Traumtextes, im besonderen aber des Einfallsmaterials* – die seiner Ahnung nach mit dem verdrängten Komplex zusammenhängen – *so oft als Reizwort schlagartig wieder und wieder exponiert, bis der Analysand den Widerstand aufgibt und den Komplex oder das krankmachende Erlebnis oder das Symptom selbst oder bestimmte Symptome einer latenten Erbkrankheit – wie die der Epilepsie, Paranoia, Katatonie usw. – auf der Couch vor dem Analytiker reproduziert.*

Die *zweite Modifikation* ist, daß der Analytiker *ein jedes Wort der fortlaufenden Einfallskette schlagartig mit einer unbeimlichen Geschwindigkeit wiederholt und auf diese rigorose Art den Widerstand bricht.*

Beide Modifikationen bezwecken, daß der Analysand unfähig wird, seine Widerstände länger aufrechtzuhalten. Er kann nicht ausweichen und muß in der verpönten Welt seiner Komplexe bleiben und all das *laut* reproduzieren, was er hier antrifft. In der Praxis benützen wir beide Modifikationen, je nachdem, welche dem Patienten besser entspricht².

Wir müssen schon hier folgendes hervorheben:

1. *Die Assoziationen bleiben auch bei dem Hammerschlag-Verfahren völlig frei. Es werden ja nur Worte des originalen Traumtextes oder des Assoziationsmaterials wiederholt.*

2. *Das Hammerschlag-Assoziationsverfahren ist nicht ununterbrochen passiv – wie in der orthodoxen Psychoanalyse –, sondern episodisch rigoros aktiv. Diese episodisch angewandte Aktivität manifestiert sich einmal in der unzählbaren Wiederholung desselben Wortes oder Satzes als Reizwort, oder aber in den extrem rasch sich folgenden Wiederholungen eines jeden Wortes der laufenden Einfälle.* Es ist einleuchtend, daß wir es dem Analysanden mit diesem rigoros-aktiven Assoziationsverfahren unmöglich machen, in der tieferen Baggertätigkeit haltzumachen, wenn er auf einen Komplex stößt. Vergessen wir nicht, daß wir dieses Verfahren *nur dort anwenden, wo die Lochbildung den Erfolg der Behandlung ernstlich bedroht.*

DIE PSYCHOSCHOCKWIRKUNG

Die wichtigste Modifikation der klassischen Technik besteht aber darin, daß wir das Hammerschlag-Assoziationsverfahren so lange anwenden, *bis wir auf dem*

¹ a) Heilwege der Tiefenpsychologie, Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 76 ff.

b) Ich-Analyse, Huber, 1956, S. 84 ff.

c) Die Anwendung der Psychochock-Therapie. Acta Ps.-Ther. S. Karger, Basel-New York, Vol. V, 1957. (Hier erschien dieses Kapitel.)

² Die im Kapitel III kurz erwähnten Methoden werden hier ausführlich behandelt.

psychischen Assoziationswege mehrmals eine wirkliche Erschütterung, eine ernste Schockwirkung, erzielt haben. Darum nennen wir diesen Heilweg «Psychoschock-Technik».

Diese Schockwirkung unterscheidet sich von der bekannten Erschütterungswirkung einer klassischen Konfrontierung im folgenden:

1. Die Intensität der Erschütterung wird künstlich mit dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren ad maximum gesteigert. Sie ist fast so groß wie bei einer Elektroschockwirkung, nur erlebt der Kranke den Schock nicht unbewußt, sondern mit unversehrtem Bewußtsein. Darin besteht der ausschlaggebende Unterschied zwischen der Psychoschock-Therapie und der Elektroschock-Behandlung.

2. Die Schockwirkung besteht in der Tat darin, daß das führende Krankheitssymptom, welches vorher vom Patienten nie reproduziert wurde, plötzlich auf der Couch – d. h. in Gegenwart des Analytikers – in seinem Zusammenhang mit dem Ur-Erlebnis bewußt erlebt wird. (Siehe die Fälle 14 und 15.)

3. Die therapeutische Zielsetzung der Psychoschock-Technik ist u. E. die nämliche wie bei allen anderen Arten der Schockbehandlung. Sie besteht in der künstlichen Umdrehung der seelischen Drehbühne. Das will sagen: Wie jede Schockwirkung, so wirkt auch die Psychoschockwirkung dadurch, daß die hintergründige Hälfte der Persönlichkeit – unabhängig davon, ob sie die «gesündere» oder die «krankhaftere» Hälfte der Psyche repräsentiert – durch einen therapeutischen Kunstgriff in den Vordergrund gebracht, die bisherige, vordergründige Hälfte dagegen in den Hintergrund gezwungen wird. Bei Fällen von Ich-Spaltung gelingt es oft, das günstigere Spaltstück aus dem Hintergrund nach vorne zu bringen. Endziel aller Schockwirkungen ist, durch den Schock die latenten krankmachenden Elemente – wie z. B. eine latente Epilepsie oder Schizophrenie, oder einen verborgenen Komplex – für eine Weile manifest erlebt, bewußtseinsfähig zu machen, damit hernach die ganze Seele andauernd als Ganzheit im Vordergrund bleibe.

So wird im Fall 14 zum Beispiel der Erstickungsanfall auf der Couch minutenlang mehrere Male künstlich schockartig hervorgerufen, also eben das Symptom, dessentwegen der Patient in Behandlung kam, das er aber bisher nie in der Stunde reproduzierte. Der kausale Zusammenhang zwischen dem Symptom und dem verdrängten Erlebnis wird somit hergestellt.

4. Es werden aber mit dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren – und das muß nochmals betont werden – schockartig auch solche tieferliegenden Symptome einer latenten seelischen Erbkrankheit künstlich hervorgerufen, über die der Patient bisher gar nichts wußte, die aber sein Schicksal aus dem familiären Ubw immerfort gestört haben, im besonderen durch unglückliche Partner- oder Berufswahlen, d. h. bei «Schicksals-Neurosen». (Siehe Fall 15.)

Im folgenden fassen wir die Indikationsgebiete dieser Therapie näher ins Auge.

II. DIE INDIKATION

DES HAMMERSCHLAG-ASSOZIATIONSVERFAHRENS

Versucht man nun, die besonderen Indikationen für die Anwendung der Psychoschock-Technik aufzustellen, so müssen an erster Stelle die verschiedenen Arten der andauernden Lochbildungen geprüft werden. Im allgemeinen können wir zwei Kategorien der assoziativen Lochbildungen unterscheiden: A. die persönliche und B. die erbbedingte, familiäre.

A. DIE PERSÖNLICHE ART DER ASSOZIATIVEN LOCHBILDUNG

Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß die tiefer liegende Einfallskette durch Anstoßen an *persönlich verdrängte, unbewußte Inhalte, Vorstellungen und Regungen unterbrochen wird*. Man kann hier folgende Unterarten der Widerstände – als Ursprung der assoziativen Lochbildung – unterscheiden.

1. Assoziative Lochbildung durch Übertragungswiderstände

Mit dieser Art von Widerständen hat sich S. FREUD in zwei Abhandlungen ausführlich beschäftigt¹. Bekanntlich betont bereits FREUD die Tatsache, daß die «Übertragung als der *stärkste Widerstand* gegen die Behandlung»² aufzutreten pflegt und daß die *positive*, im besonderen aber die *negative* Übertragung in seinen Dienst treten könne. Bei den Psychoneurosen hat sich ja die Libido in die Regression begeben, und somit werden die infantilen Imagines (Vater-, Mutter-, Bruder-Imago) wiedererlebt³. Nun erheben sich dieselben Kräfte gegen die Behandlung als Widerstände, welche vorher die Regression der Libido verursacht haben.

Auf die Frage, wann sich eigentlich der Übertragungswiderstand einstellt, antwortet FREUD: «Wenn irgend etwas aus dem Komplexstoff (dem Inhalt des Komplexes) sich dazu eignet, auf die Person des Arztes übertragen zu werden, so stellt sich diese Übertragung her, ergibt den nächsten Einfall und kündigt sich durch die Anzeichen eines Widerstandes, etwa durch eine Stockung, an. Wir schliessen aus dieser Erfahrung, daß diese Übertragungsidee darum vor allen anderen Einfallsmöglichkeiten zum Bewußtsein durchgedrungen ist, *weil* sie auch dem Widerstande Genüge tut. Ein solcher Vorgang wiederholt sich im Verlaufe einer Analyse ungezählte Male⁴. Aus dieser Auseinandersetzung kommt klar die Erfahrung zum Vorschein, daß in der Analyse der zur Übertragung am meisten befähigte Anteil des Komplexes immer wieder vorerst zum «Widerstandsstoff» der Übertragung umgewandelt wird, den der Patient hartnäckig verteidigt. Denn die Entstellung des pathogenen Komplexes durch die Übertragung bringt dem Patienten die größten *Vorteile*, dem Arzt und der Behandlung hingegen die größten *Nachteile*. Somit wird die Übertragung in der analytischen Behandlung zur *stärksten Waffe des Widerstandes*, zu einer Waffe, die – unter Umständen – den ganzen Behandlungserfolg in Frage stellen kann, eben weil der Kranke unter der Herrschaft eines ausgiebigen Übertragungswiderstandes die psychoanalytische Grundregel völlig zu vernachlässigen versucht⁵. FREUD gibt zu, daß die Bezwingung der Übertragungssphänomene dem Psychoanalytiker die größten Schwierigkeiten bereitet⁶.

Ein extremes Beispiel für Lochbildung durch Übertragungsliebe bzw. Widerstände sah ich vor einigen Jahren. Eine etwa 30jährige Physikerin war in ihren Analytiker «verliebt» und dehnte ihre

¹ FREUD, S.: a) Zur Dynamik der Übertragung. Ges. Schr., Bd. VI, S. 53 ff. Int. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925.

b) Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Bd. VI, S. 120 ff.

² FREUD, S.: Zur Dynamik der Übertragung, Ges. Schr., Bd. VI, S. 55. Internat. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich.

³ Ebenda: S. 56.

⁴ Ebenda: S. 58.

⁵ Ebenda: S. 62.

⁶ Ebenda: S. 63.

«Liebes-Analyse» Jahr für Jahr weiter aus. Der Arzt war zu schwach, die versandete Analyse zu unterbrechen, da er – aus purem Narzißmus – nicht zugeben konnte, daß seine Heilkunst in diesem Fall versagt hatte. Die Patientin, die völlig allein stand, konnte selbst die Analyse nicht aufgeben, da ja der Arzt das einzige Lebewesen auf der Welt war, dem sie sich in ihrer Einsamkeit *wenigstens eine Stunde täglich mitteilen konnte*. So dauerte diese «analytische Liebes-Dualunion» *10 1/2 Jahre ununterbrochen*, bis dann ein massiver Angriff der Patientin – sie hatte aus Eifersucht die Fensterscheiben mit der Faust eingeschlagen – den Arzt zwang, die Patientin mir anzuvertrauen.

Diese zweite Analyse begann natürlich mit einem hartnäckigen *negativen* Übertragungswiderstand, der Monate hindurch anhielt und so massiv war, daß die Patientin mir einmal in der Stunde ihre volle Aktenmappe in den Rücken warf. Erst die Anwendung der rigorosen «Hammerschlag-Assoziationsmethode» hat *das latente Paranoide auf der Couch schockartig herausgelockt*. Auch diese Re-Analyse dauerte fast 2 1/2 Jahre. Wir mußten ja auch ein 10 1/2-jähriges Schuttmaterial der ersten «Liebes-Analyse» abtragen. Die Patientin wurde völlig geheilt, begann auf dem Gebiete der Physik wissenschaftlich zu arbeiten und heiratete. Ihre Genesung dauert nun etwa 9 Jahre – ohne Rückfall – an.

2. *Assoziative Lochbildung durch Widerstände in die Einsicht eines kausalen Zusammenhanges zwischen einem bewußten Erlebnis und einem ebenfalls anerkannten Symptom*

Der Patient erinnert sich genau eines Erlebnisses aus der Kindheit oder Pubertät; er erzählt es harmlos, fast verbanalisiert, ist aber unfähig, den kausalen Zusammenhang zwischen seinem Symptom und dem bekannten Erlebnis herzustellen und zu akzeptieren. In dem Moment, in dem er sich gezwungen fühlt, diesen kausalen Zusammenhang anzunehmen, fällt er – und mit ihm auch seine Einfallswelt – in ein Loch und bleibt am Schuttmaterial der Oberflächenassoziation hängen. *Die Analyse geht mit der obligaten passiven Einfallsmethode nicht weiter*. Dauert nun diese Lochbildung zu lange, so entschließen wir uns zu der Anwendung des aktiven Hammerschlag-Assoziationsverfahrens. *Und dieses wird so lange ausgeübt, bis der Patient auf der Couch sein ominöses Symptom in unbestreitbarem Zusammenhang mit dem assoziativ erscheinenden Erlebnis mehrmals vor dem Arzt reproduziert und den Zusammenhang akzeptiert hat*. Fall 14 wird als Paradigma für diese Art der Anwendung der Methode dienen.

3. *Assoziative Lochbildung durch Widerstände, die durch den krankhaft gesteigerten Narzißmus auftreten*

Die Psychoanalyse hat des öfteren auf die Rolle hingewiesen, die der Narzißmus in der Widerstands- und somit in der Lochbildung spielt. Der «*Krankheitsgewinn*» der Zwangsneurotiker, der durch Introjektion der sozial positiven Teile der Gegensatzpaare (mild-grausam, rein-unrein usw.) zustande kommt, gehört ebenfalls der narzißtischen Widerstandskategorie an. Der Kranke mit einer Widerstandsabwehr benimmt sich in der Behandlung einmal etwa so wie eine Schnecke in ihrem Haus, ein andermal wie eine nackte Schnecke ohne Haus. Verkriecht er sich in seinem Ich-Haus, so kann niemand zu ihm hinein. Verläßt er hingegen auf eine Weile sein narzißtisches Haus, so wird er so vulnerabel, daß man die Konfrontation nicht ausüben kann.

Nun konnten wir zeigen, daß *ein Symptom nicht ausschließlich* – wie das S. FREUD betonte – *ein Abkömmling des Verdrängungsvorganges ist*¹. Auf Grund von experimentellen und therapeutischen Ich-Analysen behaupten wir, daß *Symptome auch auf dem primären Weg der persönlichen Introjektionen zustande kommen können*. Alle

¹ SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 204 f.

diese «introjektiven Symptome» tragen eine starke narzißtische Note. Sie kommen des öfteren durch Moment-Introjektionen – sogenannte Ad-hoc-Introjektionen – zustande, und *diese narzißtisch-introjektiven Symptome können als sehr schwierige Widerstände in der Analyse fungieren, und zwar eben darum, weil sie teils schon durch die wiederholte Re-Introjektion in den Charakter tief eingepägt wurden.* Reaktionsbildungen im Sinne von FREUD fußen alle auf Introjektion. Wegen dieses *introjektiven Narzißismus* finden wir tiefe Lochbildungen in den Analysen von *Fetischisten, Exhibitionisten, Masochisten, Sadisten und Depressiven*, d. h. bei Symptomen, welche u. E. alle auf der primären Introjektion und nur teilweise auf der sekundären Verdrängung fußen. Wir nennen introjektiven Narzißismus denjenigen, welcher auf der Grundlage von «*Macht durch Haben*» entsteht. Und eben diese *Hab-Macht* erzeugt die fast unüberwindbaren Widerstände, weil ja Hab-Macht – über den Analytiker – die größte Ich-Liebe repräsentiert¹. Aus diesem Grunde wird es verständlich, warum wir eben in der Analyse von «narzißtischen Affektionen» (Melancholie, *introjektive* Schizophrenie, Masochismus, Sadismus, Fetischismus, Exhibitionismus usw.) die Psychoschock-Technik mit dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren empfehlen.

4. *Assoziative Lochbildung durch Übermaß (Hypertonie) des Partizipationsdranges*

Partizipation ist nach unserer Bestimmung die Urform des Ichs². Sie ist der native Ich-Trieb nach Eins- und Gleichsein mit dem anderen Ich, d. h. der Drang zum Anteilhaben am anderen (LÉVY-BRUHL). Alle Dualunionen zwischen Mensch und Mensch, Mensch und Berufsobjekt, Mensch und Kunst, Wissenschaft und Geist, kommen durch ich-hafte Partizipationen zustande. Liebe und Kontakt, Freundschaft und Übertragung, Wahn und Glaubensfunktion sind u. E. alle nur besondere Formen des allmenschlichen Partizipationsdranges des Ichs.

Partizipation ist aber letzten Endes *Macht-Übertragung*. *Macht ist die eigene Kraft zum Sein, also die existentielle Kraft der Person.* Wird nun diese existentielle Kraft *durch ein mitgebrachtes Übermaß, durch eine Hypertonie, des Partizipationsdranges*, immer wieder unbefriedigt, also in der realen Welt objektlos, so sucht das Ich durch *Trugpartizipationen* die existentielle Kraft an irgendeinem *falschen* Objekt unterzubringen. Darin sehen wir die Urquelle der Psychosen, im besonderen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins³. Beginnen wir nun bei einem Präpsychotiker eine Tiefenanalyse, so treffen wir nur im Anfang der Behandlung die von FREUD beschriebene besondere Schwierigkeit in der Analyse, nämlich die Unfähigkeit dieser Prä- oder Vollpsychotiker zur Übertragung. Harren beide – Patient und Arzt – in der Analyse aus, *so entwickelt der Patient allmählich ein Übermaß an Partizipationsdrang, einen Überfluß von Anteilhabenwollen am Arzt*, welches früher oder später zu tiefer Lochbildung in der Behandlung führen muß.

Der Patient ist zumeist noch nicht so krank, daß man bei ihm die primitivste Partizipationstherapie im Sinne von FEDERN, ROSEN, M. DE SECHEHAYE, BENEDETTI usw. in Form einer «*Nutritions*»- oder «*Nurse*»-Therapie anwenden muß.

¹ Ebenda: S. 203 f. und 276.

² Ebenda: S. 35 und 487 ff.

³ Ebenda: S. 408–455.

(Siehe den dritten Teil, Kapitel XXXIV.) Er produziert dennoch auf der Couch, mitten in der Assoziationskette, plötzlich heftige Affektausbrüche über seinen Hunger- und Durstzustand. Er will, daß der Arzt ihn wie die Mutter nährt. Nachdem wir solchen Patienten mehrmals diesen Anspruch durch Darreichung von Milch, Butterbrot usw. befriedigen, gehen wir so rasch wie möglich zu dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren über und schockieren den Kranken psychoassoziativ so lange, bis er die nutritiv-partizipativen Ansprüche von selbst aufgibt und zur Einsicht kommt, daß die Zeit der ununterbrochenen, nativen Mutter-Kind-Partizipation *auch für ihn* schon abgelaufen ist und daß er sich – wie alle anderen Erwachsenen – ein Arbeitsobjekt wählen muß, an dem er seinen übermäßigen Partizipationsdrang fortan *in sozialer Form – als Beruf* – zu befriedigen vermag. Die gewählten Berufe nach einer gelungenen Behandlung bei Menschen mit dieser Hypertonie des Partizipationsdranges sind des öfteren «dualunionistische» Berufe, wie Kindergärtnerin, Krankenpflege, Fürsorge und Irrenpflege, ja sogar Psychoanalyse oder Psychiatrie, Berufe also, die es ermöglichen, daß die Person in einer *diskreten Ich-Du-Beziehung am anderen Ich partizipiere*.

B. DIE FAMILIÄRE, ERBBEDINGTE ART DER ASSOZIATIVEN LOCHBILDUNG

Den tiefsten Unterbrechungen (Lochbildungen) in der analytischen Behandlung begegnen wir ohne Zweifel immer dann, wenn der Analysand auf seinem Assoziationsweg plötzlich an erbbedingte «Ahnenansprüche» stößt, die er seit der Zeugung als «Anlage zu einer bestimmten seelischen Erberkrankung» verborgen in seinem *familiären Unbewußten* mit sich trägt; *kurz, wenn er auf der Couch seinen seelisch kranken Ahnen begegnet*. Diese Begegnung, falls man sie nicht richtig erkennt, kann unter Umständen die Behandlung *endgültig* zum Scheitern bringen. Es melden sich aber zuverlässige Vorboten in den Träumen, die dem Arzt noch rechtzeitig ankündigen, warum die Analyse in ein Loch geraten ist. Der Patient liefert – wie es bereits im Kapitel III erörtert wurde – sogenannte Ahnenräume, in denen «*krankte Figuren*» auftreten, die zumeist seinem eigenen familiären Erbkreis angehören.

Bei einem Epilepsie-Konduktor (Fall 51), der wegen eines Voyeur-Dranges zur Analyse kam, erschien der latente Epileptiker als «*Feuergott*» und als «*Amokläufer*». Ein anderer Doppelkonduktor von Epilepsie und Religionswahn (Fall 15) träumte von paroxysmal-epileptiformen Personen, von Stotterern, Epileptikern, schizophrenen Figuren. Mit der Zeit lernten wir solche Begegnungen im Traum mit seelisch kranken Ahnenfiguren – die in der Tat in der Ahnengalerie des Analysierten als «*dagewesene Daseinsformen*» (M. HEIDEGGER) vorkamen – sehr ernst zu nehmen. Es gibt allerdings Analytiker, die dazu neigen, auch solche Ahnenfiguren symbolisch zu deuten. Andere dagegen bekommen Angst vor dieser Art von Traumfiguren und glauben, der Patient stehe vor einer Psychose. Sie brechen die Analyse plötzlich ab und übergeben den Patienten dem Psychiater. Beide handeln falsch.

Der Schicksalsanalytiker ist sich hingegen *prinzipiell* dessen bewußt, daß – *unter allen Störfaktoren einer Analyse – eben die Latenz einer seelischen Erberkrankheit,*

d. h. die latente Konduktornatur des Patienten, der wichtigste ist. Stellt sich nun nach einer prodromalen Begegnung mit seelisch kranken Figuren im Traum die Lochbildung ein, so weiß er, daß er den passiven Weg der Behandlung – vorübergehend – verlassen und zu der aktiven Psychoschock-Technik greifen muß. Er muß den Analysanden mit dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren so lange und so oft schockieren, bis er plötzlich auf der Couch Symptome produziert, die zum Krankheitsbild der *latenten Ahnenfigur* gehören.

Ist der Analysand ein Epilepsie-Konduktor und wird sein Heilweg darum abgebrochen, weil er in der Analyse *auf seine eigene verborgene kainitische Epilepsienatur (Tötungsdrang) gestoßen ist*, dann können wir den Erfolg der Behandlung nur so retten, daß wir diesen *latenten Epileptiker, diesen Totschläger, auf der Couch aus dem familiären Unbewußten auf eine kurze Weile herausholen – und zwar in einem völlig unversehrten Bewußtseinszustand, in welchem er fähig ist, den kausalen Zusammenhang zwischen dem Tötungsdrang (z. B. Amoklaufen) und seiner Aura epileptica (Fugues usw.) herzustellen*. Er agnosziert durch das Erleben seinen epileptischen Ahnen und macht ihn – trotz Krankheit – bewußtseinsfähig, sucht aber für ihn einen bewußten, sozial gesünderen Befriedigungsweg. (Siehe Fall 51.) So wird er selbst nach der Analyse z. B. Heilpädagoge, Heilpsychologe, Mitarbeiter oder Leiter einer Anstalt für Epileptiker usw. Er unterdrückt fortan nicht mehr diesen epileptischen Ahnen (Großvater oder irgendein anderes epileptisches Familienmitglied), sondern lebt ihn im Beruf sozialisiert als Heil-Objekt aus.

Mutatis mutandis gilt das Erörterte auch für die *Schizophrenie-Konduktoren*. Stößt der Patient in der Behandlung auf schizophrene Familienansprüche und schreckt er in «das Loch» zurück, so psychoschockieren wir ihn mit der Hammerschlag-Assoziationsmethode so lange, bis er auf der Couch – vorübergehend – einen partiellen schizophrenen Schub erlebt. Er fängt z. B. an, im Assoziationsverfahren in *Neologismen* zu sprechen (Fall 15) oder katatonerweise alles zu negieren oder zu zerstören. Hat er somit seine *latente Schizophrenie* genügend oft auf der Couch ausgelebt, dann kehren wir zur passiven Behandlung zurück und *deuten mit ihm assoziativ die im Schock gelieferten Neologismen bzw. Verhaltensweisen*. Wir zeigen ihm, wie er in Zukunft diese schizoformen Ahnenansprüche *sozialpositiv* befriedigen kann, einmal als Anstaltsarzt oder Irrenpfleger oder – falls die Schizophrenen in der Familie Religionswahnkranke waren – durch Studium der Religionspsychologie, Religionsphilosophie, Mythologie usw. (Fall 15). (Siehe die Fortsetzung der Widerstandsanalyse im sechsten Abschnitt.)

Die Schicksalsanalyse hat die Kenntnisse der Tiefenpsychologie mit der Aufdeckung des «familiären Unbewußten» ergänzt. Sie bewies, daß eine Gruppe von Neurotikern und Präpsychotikern, die wir eben «Schicksalskranke» nennen, nur dann auf die Dauer geheilt werden können, wenn wir sie auf der Couch ihre seelisch kranken Ahnen künstlich, schockartig in bewußtem Zustand erleben lassen und für sie eine soziale Lebensform sichern.

III. DIE ANWENDUNG DER PSYCHOSCHOCKTECHNIK

Es bleibt uns die Aufgabe, zu zeigen, wie man in der Psychoanalyse eines rein *neurotischen* Falles die Psychoschockwirkung anwenden kann.

Fall 14. Heilung einer Konversionshysterie (Pseudoangina pectoris) und Hypochondrie durch die Psychoschocktechnik

Der 32jährige Industrielle wurde mir von einer Privatklinik mit folgendem Befund zur Analyse zugewiesen: Kreislauf labile Konstitution, Tropfenherz, Rechtstypus im Elektrokardiogramm, *Pseudoangina pectoris*; daneben besteht seit etwa 9 Jahren eine *Psychoneurose* und eine ausgesprochene *Hypochondrie*. Der Patient erscheint und übergibt mir seine lange Krankengeschichte in Maschinenschrift, von der wir hier nur einen Auszug mitteilen können:

«Im Oktober 1946 heiratete ich. Einen Monat später, November 1946, beginnt meine Krankheit, die mich also schon 9 Jahre quält. Die Ehe war von Anfang an sehr gespannt und ist seit 1953 auseinander. Ich führe einen großen Teil der Zustände auf diese Ehe zurück. Nie vorher ernstlich krank gewesen. Lediglich die üblichen Kinderkrankheiten, jedoch ein anfälliges Kind gewesen.

Im November 1946 beim Klavierspielen plötzlich *starkes Schwindelgefühl mit Erstickungszustand*. Ich griff automatisch nach dem Puls und merkte, daß dieser raste. Ich dachte an Angina pectoris. Hinzugezogener Arzt stellte nervöses Herz fest, gab mir eine Cardiazol-Morphium-Spritze und untersuchte mich am anderen Tag. Nach verschiedenen Durchleuchtungen stellte er *starke Spasmen im Magen und Darm* fest und glaubte an ein *Magengeschwür*. Ich mußte mich daraufhin 6 Wochen ins Bett legen und bekam lediglich etwas Haferschleim und Tee sowie eine Unzahl von Luminalten. Mein Gewicht fiel innerhalb dieser 6 Wochen von 79 kg auf 58 kg, und die Zustände und Beschwerden verdoppelten sich. Ich lief von dann ab von einem Arzt zum anderen, und mir wurde überall bestätigt, daß es sich 'lediglich' um nervöse Reiz- und Erschöpfungszustände handle, jedoch organisch alles in Ordnung sei. Ein Berg von Beruhigungstabletten wurde mir verschrieben, jedoch mein Zustand änderte sich nicht.

1950 hört das starke Sodbrennen auf, und mein Gewicht nimmt etwas zu. 1951 mache ich eine Kur in Bad Wörishofen. Gewisse Symptome werden schwächer, jedoch kommen sie bei der ersten besten Gelegenheit, so bei *Witterungsumschwung*, wieder zum Vorschein. In letzter Zeit erlebe ich *besonders des Nachts Anfälle, die sich durch plötzliches Aufschrecken mit Todesangst und Erstickungsanfall bemerkbar machen, wie durch völlig eingeschlafenen Oberkörper und Arme*. Ich bemerke dann auch ein starkes Aufgeblähtsein des gesamten Unterleibes und Schmerzen in der Leber- und Gallengegend. Ständiges Müdesein, keine physische Kraft sowie Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisschwund, Kopfschmerzen und sonstige neuralgische Schmerzen, besonders in der Brust und linken Armgegend, sind auch Begleiterscheinungen. Man könnte noch Reihen von anderen Symptomen aufzählen.

Abschließend möchte ich bemerken, daß *sämtliche Symptome besonders stark und regelmäßig nach sexuellem Verkehr auftreten, vor allem seitens des Herzens* am nächsten Tage, und ich glaube auch hier an einen entscheidenden Zusammenhang. Einige Symptome sind im Laufe der 9 Jahre verschwunden oder haben sich mit der Zunahme an Gewicht gebessert. Geblieben sind aber:

1. *Erstickungszustände*, und zwar a) bei Abgespanntsein; b) wenn ich einen Abgrund sehe, entweder tatsächlich oder im Film, oder wenn ich von einem Abgrund lese oder von dem Tode schreibe, lese oder spreche. Außerdem wenn ich mich in der Natur, sei es auf dem Grase ausruhe oder sonst, wenn ich flach auf dem Boden liege und in die Luft schaue oder die Augen schließe; c) nach sexuellem Verkehr.

2. *Schwindelzustände*, a) bei Abgespanntsein, b) beim Schreibmaschinenschreiben, c) nach sexuellem Verkehr, d) wenn ich einen Abgrund sehe, e) wenn ich wenig geschlafen habe, f) bei der geringsten Menge Kaffee, verbunden mit *Erstickung*.

3. *Herzkrämpfe, Herzstechen, Schmerzen in Brust und Herzgegend mit Extrasystolen*, a) bei schlechtem Wetter, Wetterumschlag und b) ganz besonders regelmäßig innerhalb 8 Stunden nach sexuellem Verkehr anhaltend 6 Tage lang. Ich möchte nochmals betonen, daß, wenn ich 8 Tage den sexuellen Verkehr aussetze, ich so gut wie keinerlei Beschwerden verspüre und auch die Müdigkeit sowie die anderen Symptome manchmal völlig, aber zumindest erheblich geschwächt sind.

4. *Angstzustände*, die die anderen Symptome betreffen: a) Angst vor etwas Unbekanntem, b) jedoch prinzipiell vor dem Aussetzen des Kreislaufes und einem Herzschlag, ein ewiges innerliches Aufderlauersein.

5. *Hunde-Phobie*.

6. *Magen-Darm- und Leberbeschwerden mit Völlegefühl, Blähungen und Übelkeiten*.

Die Analyse begann er am 8. März 1955. Im Juni wurde sie wegen einer Übersee-reise des Analysanden für 4 Monate unterbrochen, im November wieder aufgenommen, und am 1. Mai 1956 bekam er seinen *letzten* «Herz- und Erstickungsanfall». In insgesamt 8 Monaten – bei wöchentlich 5–6 Stunden – hat somit der Patient den ihn 9 Jahre lang quälenden Symptomenkomplex von Erstickungsanfällen völlig verloren. Die Analyse wurde wegen andersartiger Charakter- und

Berufsprobleme noch bis etwa Juni 1956 fortgesetzt. Dann erklärte sich der Patient als völlig geheilt, wählte einen anderen Beruf und heiratete zum zweitenmal. Seit 7 Jahren hat er keinen Rückfall gemeldet. Er ist Mediziner geworden und hat seit 3 Jahren eine erfolgreiche analytische Praxis.

Vorgeschichte

Die Mutter war Sängerin. Eine äußerst männlich-aktive Frau, die etwas hinkte und *ihre Kinder sadistisch geschlagen hat*. Eine passionierte Anhängerin des Nudismus, zwang den 4–6-jährigen Sohn, in der Damenabteilung mit ihr nackt zu sonnen, wobei er sich maßlos schämte. Sie kleidete ihn – noch in der ersten Primarklasse – wie ein Mädchen. Er mußte in Mädchenschürzen mit langen lockigen Haaren in die Schule gehen, und so wurde er von den Mitschülern stets ausgelacht.

Der Vater, ein Autosport-Journalist, war ein Autonarr. Er raste von einem Autorennen zum anderen; war wenig zu Hause, genoß sein Leben, die Frauen, das Essen und Trinken – trotz seiner Diabetes – maßlos. Zu den Kindern war er lieb, zärtlich-weich, kümmerte sich aber wenig um sie. Der Frau gegenüber war er untergeordnet, passiv; Patient glaubt, weil er etwa 15 Jahre älter als die Mutter war. Vater mußte sich von der ersten Frau – von der er eine Tochter hatte – scheiden lassen, weil seine Geliebte mit unserem Patienten schwanger wurde. Aus der zweiten Ehe stammt noch eine Tochter.

Diese Schwester – etwa zwei Jahre jünger als der Analysand – repräsentiert einen Viragotypus. Neben dem weichen und zarten, mädchenhaften Bruder war sie schon in der Jugend männlich-draufgängerisch. Eine ausgezeichnete Reiterin, Tänzerin, Schauspielerin, Malerin, aber dennoch völlig arbeitsunfähig, Tiernärrin, Schuldenmacherin, Hochstaplerin. Kurz, sie ist eine asoziale, *autistisch undisziplinierte Psychopathin*, die wie ein Parasit an ihren Freunden zehrt und asexuell nur für ihre Menagerie und für das Reiten lebt.

Des Vaters Vater war Kaufmann; zwei Brüder des Vaters waren Ärzte, einer Architekt, eine Schwester des Vaters Pianistin. Sie starben an Diabetes – wie der Vater selbst – oder an Herzleiden und Magenkrebs. Die Mutter der Mutter soll eine ähnlich asoziale Psychopathin gewesen sein wie die Schwester des Patienten.

*

Die Kindheit in seiner Heimatstadt dauerte bis zum 11. Lebensjahr. Dann mußte die Familie aus rassischen Gründen (Vater Jude, Mutter Nicht-Jüdin) nach Frankreich flüchten, wo der Proband bis 1940 in die Schule ging. 1941 beginnt seine schwere reale Angstperiode mit Minderwertigkeitsgefühlen wegen der Verleugnung seiner jüdischen Abstammung. Mit 15 Jahren wird er trotzdem als Dolmetscher und Chauffeur von der deutschen Besatzungsarmee in Frankreich angestellt und dann 1941 zur deutschen Marine eingezogen. Hier fälschte er in seiner Verzweiflung seine Ausweispapiere und – wie es aus seinen Träumen hervorging – gelang es ihm, die jüdische Abstammung fast gänzlich zu verdrängen. Er wurde Unteroffizier bei der Marine, fühlte sich aber todunglücklich wegen der Rauheit des Dienstes und der Offiziere. Als zu Ende des Krieges die Engländer in Deutschland erschienen, zog er die deutsche Uniform aus und meldete sich als Dolmetscher, diesmal bei den Engländern. Nach Kriegsende wollte er die Verbindung mit den Eltern, die er 1941 in Frankreich zurückließ und über deren Schicksal er gar nichts wußte, wieder aufnehmen, war aber zu dieser Zeit von Liebesbeziehungen und Vergnügungshaschereien so sehr besessen und in Anspruch genommen, daß er die Möglichkeiten, die ihm im englischen Dienst zur Verfügung standen, mit den Eltern in Verbindung zu treten, nicht ausnützte. Im August 1946 kam dann die Nachricht, daß der Vater lebe, *die Mutter aber wegen Spionage für die Deutschen von den Franzosen verhaftet worden wäre und sich im Gefängnis erhängt habe*. Der Analysand beschuldigte sich selbst wegen des Todes der Mutter. Hätte er mit ihr gleichzeitig die Verbindung aufgenommen, so hätte sie sich nicht aufhängen müssen. Die Schuld daran war in der ersten Phase der Analyse ein stets wiederkehrendes Traum- und Assoziationsthema. Zwei Monate nach dieser tragischen Nachricht hat er seine deutsche Geliebte, mit der er schon zusammenlebte, geheiratet. Sie ist eine geistig tief unter seinem Niveau stehende, leichtsinnige und leichtlebige Frau. Einen Monat später bekam er beim Klavierspielen seinen ersten Erstickenanfall. Die Ehe war von Streit und Eifersuchtsszenen erfüllt. Sie dauerte dennoch 7 Jahre lang und nahm erst 1953 durch Scheidung ein Ende. Die Frau heiratete ihren Geliebten, von dem sie schwanger war. Der Patient lebte seither illegitim mit der Nichte seiner geschiedenen Frau, bis er sie dann nach der Analyse geheiratet hat.

A. DIE PSYCHOANALYTISCHE PHASE

Aus dieser Phase heben wir folgende Ergebnisse hervor:

1. *Die Versöhnung mit seiner halbjüdischen Abstammung und die völlige Lösung von*

den *Minderwertigkeitsgefühlen*, die aus dieser Abstammung auf ihm lasteten, wurden zuallererst errungen.

2. *Der sexuelle Masochismus und Flagellationsdrang* erscheint immer wieder in den Träumen. Diese Regression beginnt mit dem Geschlagenwerden durch die Mutter. Darauf folgt das Schlagen in der Schule, wo die Knaben vom Lehrer mit einem Rohrstock massiv gemäßregelt wurden. Der Analysand hatte diese Maßregelungen besonders gerne, empfand beim Schlagen auf das Gesäß immer ein angenehmes Gefühl und machte daher häufig Dummheiten, damit die Hosen strammgezogen wurden und er mit dem Rohrstock gemäßregelt wurde.

Durch eine Reihe von Träumen konnte nun der enge Zusammenhang des sexuellen Masochismus und des Flagellationsdranges mit der *Inzestliebe* und seinen früherwachten *homosexuellen* Ansprüchen hergestellt werden. Die Flagellationen praktizierte er aber auch selbst, wobei er eine besondere Sammelsucht für Rohrstöcke entwickelte. Häufig zog er sich in der Pubertätszeit abends in sein Zimmer zurück, krepelte die Unterhosen ganz klein zusammen und schlug sich mit einem Rohrstock auf das Gesäß, bis es ganz rot war und er starke Erektionen bekam, die dann zu exzessivem Onanieren führten. Mit Hilfe einer Reihe von Träumen mußte der Analysand allmählich einsehen, daß alle diese Arten von Flagellationsansprüchen aus dem ursprünglichen Wunsch, *von der sadistischen Mutter geschlagen zu werden*, herstammten. Seine Erniedrigungs- und Besudelungsphantasien masochistischer Art kulminierten – auch im Traum – in der Urolagnie.

Somit war es nicht schwer, ihn zwei Entwicklungsstörungen seiner Sexualität einsehen zu lassen.

Erstens, daß seine Inzestliebe zur Mutter – wegen deren rohem Sadismus – zur Regression auf die perverse *masochistische* Stufe führte. Seine Liebe zur Mutter bestand aus einer *sadomasochistischen Kette*, die er sich spontan um den Hals gehängt hatte. Diese Fixation auf der Stufe des prägenitalen Sadomasochismus bedingte auch seine Ehe im 23. Lebensjahr mit einer grausamen Frau, die ihn genau so sadistisch behandelte wie einst seine Mutter. Seine masochistische Natur hatte aber auch andere Folgen: er wurde unbewußt zu massiv-sadistischen Geschäftspartnern geführt, die ihn ganz beherrschten und zum Schluß finanziell völlig ruinierten.

Zweitens war seine Identifizierung invertiert. Er wollte so sein wie die Mutter, d. h. eine Frau. Von diesem – damals noch unbewußten – Drang geführt, ging er einmal zu dem Mann aufs Hotelzimmer, der in seine Mutter verliebt war. Er hoffte, daß dieser Mann ihn schlagen würde; es entwickelte sich aber eine homosexuelle Beziehung, in der er – an Stelle der Mutter – «wie die Mutter» ihren Liebhaber lieben wollte. Wir müssen aus den Traumanalysen ferner entnehmen, daß diese invertierte Identifizierung mit der Mutter auch noch einen frühkindlichen Ansatz aus den 4.–6. Lebensjahren hatte. Zu dieser Zeit war er noch nicht ein sexueller Masochist und Flagellant, sondern – genau wie die Mutter – ein grausamer *Sadist*. Er erzählt mir als Einfall – ohne jegliche Affektbegleitung, fast banal – zu einem Traum, daß er mit 4½ Jahren – als er mit der Schwester zu einem Pfarrer in der Nähe seiner Heimatstadt in Pension gegeben wurde – im Garten eine Katze in einer Wassertonne ertränkt hat. Etwas später tötete er mit einem Gewehr eine kranke Katze. In Frankreich, im Bois de Boulogne, gründete er mit 11–12 Jahren einen Klub «des fesses bleues», der aus ihm und vier kleinen Mäd-

chen bestand, die alle erst in den Klub eintreten durften, wenn er ihnen mit einem Rohrstock blaue Striemen auf das Gesäß geschlagen hatte. Die invertierte Identifizierung mit der Mutter hat aber nicht nur seine Regression auf die prägenitale sado-masochistische Stufe bedingt, sondern auch seine echte *homosexuelle Phase* im Alter von 15 Jahren.

3. *Die Homosexualität* war bei dem Analysanden vorerst eng mit dem sexuellen Masochismus verwoben. Wir erwähnten ja schon sein homosexuell-masochistisches Erlebnis im Hotelzimmer mit dem Anbeter seiner Mutter. Zu einem richtigen homosexuellen Verkehr kam er erst in Frankreich, wo er als Dolmetscher und Chauffeur *mit 15 Jahren* einem deutschen Spionagechef untergeordnet war. Dieser war homosexuell. Er raste mit ihm durch ganz Frankreich und verbrachte die Nächte des öfteren in einem Bett mit seinem Chef. Der Analysand liebte diesen Mann innig und war später todunglücklich, als er erfuhr, daß man ihn als Spion erschossen hatte. Ihre Beziehung bestand in mutuellem Onanie, analen Coitusversuchen, beim Proband aber mit dem *Wunsch der Fellation, den er aber stets unterdrückt hat*. Auf die Rolle der Unterdrückung dieses gleichgeschlechtlichen Fellationsanspruches werden wir später – in der Psychoschock-Phase – zurückkommen.

4. *Die Eifersucht* auf die Mutter war ebenfalls ein wiederkehrendes Problem in der psychoanalytischen Phase. Die ersten Ansätze dazu gehen in die früheste Kindheit zurück. Über diese inzestuöse Phase seiner Eifersucht konnten aber die Einfälle im ersten Stadium seiner Analyse nichts aufdecken. Dies gelang erst im Psychoschock-Stadium. Er konnte sich hingegen affektbeladen, weinend, zurückerinnern, wie er in Frankreich darunter leiden mußte, daß seine Mutter den Vater mit einem deutschen Offizier betrog. Die Mutter verbrachte die Nacht bei diesem Offizier, und als sie am Morgen immer noch nicht zu ihrer Familie zurückgekehrt war, beklagte sich der alte Vater weinend vor dem 14–15jährigen Sohn über ihre Untreue. Diese Untreue der Mutter mobilisierte in dem Jungen Wut, Haß, Zorn und Eifersucht auf sie und ihren Geliebten, der – verschmolzen mit dem Vater – in einem Traum (Nr. 7) als großer schwarzer Bock mit Hörnern erscheint. Er vergoß in den analytischen Stunden – noch mit 32 Jahren – bittere Tränen über diese Schandtät seiner Mutter. Es wurde ihm bewußt, daß eben ihr Benehmen der unbewußte Grund seiner sexuellen Ausschweifungen bei der Marine und auch nach dem Krieg war und daß er aus demselben Grund damals die Verbindung mit der untreuen Mutter nicht aufnehmen konnte. Diese inzestuöse Art von Eifersucht übertrug er später in der Ehe auf seine Frau, die ähnlich wie seine Mutter, in Gegenwart des Analysanden offen mit seinen Freunden flirtete und noch zur Zeit ihrer Verlobung Nächte hindurch ausgeblieben ist. Er konnte sich nur durch Einschlagen von Türen und Fenstern «Luft schaffen». Erst als er dann *noch während seiner Ehe* mit der Nichte seiner Frau ein Verhältnis begonnen hatte, übertrug er die Eifersucht von der Frau auf dieses kaum 16jährige Mädchen.

Die wiederkehrende synchrone Beziehung zu zwei Frauen gab uns Anlaß zur Konfrontierung des Analysanden mit einer besonderen Art von Regression, nämlich mit dem

5. *Triolismus*. Ein immer wieder auftauchendes Motiv seiner Träume war: mit *zwei* Frauen gleichzeitig im selben Bett zu schlafen. Einige Male verwirklichte er diese Ansprüche; stets aber mit Blutsverwandten seiner Frau oder mit denen seiner gegenwärtigen Geliebten, so mit ihrer Schwester. Aus der Analyse dieses

Dranges zum Triolismus wurde ihm klar, daß die «zweite Frau» im Bett seelisch *seine eigene weibliche Hälfte personifizierte* und daß er den Triolismus deshalb benötigte, um auf die Urstufe des Zweigeschlechterwesens regredieren zu können¹.

6. *Der Wunsch, ein Zweigeschlechterwesen zu sein*, manifestierte sich auch darin, daß er in der Vorbereitung zum Beischlaf – früher auch in der Onanie – sich stets wie eine Frau die eigenen Brustwarzen reizen ließ, bzw. sie sich selbst reizte. Die assoziative Auslegung dieser Manipulation hat die seelische Tatsache entpuppt, daß seine eigenen Brüste an Stelle der Brüste der Mutter getreten sind und daß er sich – durch die eigenen Brüste – in die Mutter, d. h. in eine Frau verwandeln konnte, wobei er aber sein männliches Geschlecht nicht verlor. So gelang es ihm nun, in der Phantasie ein Zweigeschlechterwesen zu werden. Der Abbau dieser tiefen Regressionsart war sehr schwer, da er ja ohne das Anteilhaben (Partizipation) an der Mutterbrust unfähig war, zum Orgasmus zu gelangen.

*

Alle diese vorausgegangenen Regressionstendenzen konnte der Analysand schon in der psychoanalytischen Phase restlos verstehen und sie auch langsam abbauen.

7. Die größte Schwierigkeit bereitete nicht die analytische Bearbeitung dieser Perversionen, sondern *die Überwindung der Schuld wegen des Selbstmordes der Mutter*. Diese Schuld motivierte er immer wieder damit, daß er die Verbindung mit der Mutter bei Kriegsende nicht aufgenommen hatte. Eine Reihe von «Telephon-Träumen» erweckten den Eindruck, daß sein Hauptsymptom, der *Erstickungsanfall, durch Identifizierung mit der sich erhängenden Mutter zusammenhänge*. Immer wieder stellte er sich *die Szene der Selbsterhängung der Mutter, ihre Erstickung, vor*. Im Einfallsmaterial zu vielen Träumen kommt er auf diese Szene zurück.

Im Traum Nr. 11 erlebt er folgendes: «Auf einmal stand ich auf einem Platz unter großen Bäumen und *hatte im Hals einen aufgeblasenen Luftballon mit einem Knäuel Schnur*. Ich zog den Luftballon heraus und zog dann an einer endlosen Schnur. Ich merkte, daß sich die Schnur im Halse aufrollte, es dauerte jedoch stundenlang, da immer mehr Schnur aus dem Hals kam, und *ich dachte, hoffentlich bekomme ich jetzt keinen Erstickungszustand, das wäre fatal . . .*» Dann ließ er im Traum die Schnur *durch einen Jungen* herausziehen und fühlte sich herrlich frei. *Die Einfälle zu dem Schnur-Knäuel (= Komplex) führten ihn zur Schuld am Tode seiner Mutter, die sich ja mit einer Schnur erhängt hatte*. In diesem Traum erwägt also der Träumer selber die Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen dem Sich-Erhängen der Mutter und seinen Erstickungsanfällen. «*Die Schnur*» – sagt der Analysand – «*ist die Schlinge, mit der sich die Mutter erhängt hat, und diese Schnur trage ich nun selbst im Hals, und sie erwürgt mich*.» Er zieht den Schluß, daß *der Knäuel den Komplex im Hals, also seinen Erstickungsanfall, bedeute*. Dieser fußt auf zwei Pfeilern: *erstens auf der völligen Identifizierung mit der sich erhängenden Mutter; zweitens auf seiner Schuld an ihrem Tod*.

Im Laufe der Analyse der nachfolgenden Träume erweiterte aber der Analysand unerwarteterweise die Basis seiner Schuld immer mehr. Plötzlich fängt er an,

¹ Bei der anderen Art von Triolismus zwischen einer Frau und zwei Männern muß man einerseits an die ödipale Dreiecksituation, andererseits an eine Maskierung der Homosexualität denken.

sich auch wegen des Todes des Vaters zu beschuldigen, den er wegen Herzleidens und Diabetes in einer Privatklinik in Deutschland untergebracht hatte. Seine Schwester klagte ihn eines Tages – kurz vor dem Tod des Vaters – bei diesem an, daß er sie aus seiner Wohnung hinausgeworfen hätte. Dies regte den im Sterben liegenden Vater sehr auf. Daher seine Schuldgefühle. Ferner beschuldigte er sich selbst auch wegen des Selbstmordes eines Geschäftspartners, der kurz vor der Tat von ihm Geld verlangt hatte, das er ihm aber nicht gab. Zu diesem Schuldkomplex kam dann bei der Analyse des Traumes Nr. 44 noch die Schuld wegen der Ertrückung der Katze im Alter von 4½ Jahren hinzu. Die Metapher im Traum Nr. 11 über die *endlose Schnur des Knäuels im Hals* schien uns somit völlig berechtigt zu sein. Die Liste seiner Schuld, die er abzutragen hat, ist in der Tat unendlich lang.

Aber eben diese sonderbare *Ausdehnungstendenz seiner Schuld* hat uns stutzig gemacht. Wir fragten uns: Ist der Analysand nun in eine schwere Melancholiephase geraten, und hegt er darum *Allschuldgedanken*? Diese Annahme entsprach aber gar nicht seinem Benehmen. Dann fragten wir uns weiter, ob er mit diesem Schuld-erweiterungsmanöver doch nicht die *eigentliche Tat oder den wirklichen Triebanspruch, für den er die Schuld trägt, vor der Bewußtwerdung zu verbarrikadieren versucht*? Was könnte aber diese schulderregende unbewußte Handlung in der Tat gewesen sein? Mit Bedauern mußten wir feststellen, daß er unfähig war, dies herauszufinden. Wir kamen somit zu folgender Annahme: Wenn die Schuld an dem Selbstmord der Mutter durch die Identifizierung mit der Erstickung bei ihrer Erhängung die ausschlaggebende Ursache für die Entstehung seiner Erstickungsanfälle wäre, so sollten diese ja nach wiederholter Bewußtwerdung und Aussprache verschwinden. Es müssen demnach – neben der Schuld am Tode der Mutter – auch *andere Erlebnisse, die immer noch verdrängt sind*, die unbekanntem Motive sein, weshalb die Erstickungsanfälle wieder zurückkehren. So wenn er einen Beischlaf ausgeübt hatte, wenn er mit einer Seilbahn in die Höhe fährt, wenn er an der Schreibmaschine arbeitet. Warum werden sogar diese Erstickungsanfälle – trotz Bewußtwerdung ihrer Entstehung – immer häufiger und bedrohlicher?

Wir mußten somit feststellen, daß die Analyse auf einen Holzweg geraten war. Obzwar wir die Lochbildung in der Behandlung relativ früh, etwa schon nach der Traumanalyse Nr. 30, stumm für uns festgestellt hatten, setzten wir die *passive* Behandlungsart fort. Wir hofften immer noch auf eine spontane Aufdeckung des Verdrängten mit Hilfe der orthodoxen Methode. Erst als dies nach vielen Wochen dennoch nicht erreicht wurde, haben wir uns bei der Analyse des Traumes Nr. 65, in der 65. Stunde der Analyse plötzlich entschlossen, das aktivere Hammerschlag-Assoziationsverfahren einzuschalten. Damit fängt nun die zweite, aktivere Phase in der Behandlung an.

B. DIE PSYCHOSCHOCKPHASE

Zunächst bringen wir wörtlich den Teil des Traumes, bei dessen Analyse das Hammerschlag-Assoziationsverfahren plötzlich – ohne jegliche Vorbereitung – eingesetzt wurde. Traum Nr. 65:

I. «Ich träumte dauernd von den verschiedenen Träumen, die ich bisher geträumt hatte, und *eine Stimme sagte dabei und wies auf einen bestimmten Traum, ob ich diesen denn auch verstanden hätte.*

II. Dann war ich mit F. (seine Freundin) in einem Flugzeug, und wir flogen einen Flughafen an. Dabei dachte ich: in der Zeitung steht häufig etwas von Flugzeugabstürzen, hoffentlich *brennen die Motoren nicht*. *Es schien jedoch die Sonne, und ich dachte, bei so schönem Wetter ist das wohl unmöglich*. Dabei sah ich, daß auf den rechten vorderen Sitzen des Flugzeuges zwei amerikanische M.P.-Soldaten (Militärpolizei) saßen und zwei andere in einer Art Ambulanz lagen. Es sah so aus, als ob sie etwas verbochen hätten. Es konnte aber auch nur einer sein.

Dann stand plötzlich einer der Soldaten auf und schien betrunken auf uns zuzukommen. Dabei gab er mir eine bereits stark abgerauchte und am Mundende feuchte Zigarette. Er schob sie mir in den Mund und lachte dabei. Ich hatte dabei aber auch eine Zigarette in der rechten Hand und verstand nicht, warum er das machte, lachte jedoch auch. F. war entsetzt, und ich merkte, sie dachte, daß ich mich mit dieser Zigarette von diesem fremden Menschen gesundheitlich infizieren könnte. Dann suchte ich eine Toilette und sah, daß die vordere besetzt war und hinten im Flugzeug noch ein Schild war, daß sich im oberen Stock des Flugzeuges noch eine befinde, jedoch nur für Mütter mit Kindern.»

Wir lassen hier das Einfallsmaterial auf Grund des Protokolls folgen:

Zum ersten Teil des Traumes:

Ich exponiere folgende Sätze des Traumtextes: «Ich träumte dauernd von den verschiedenen Träumen, die ich bisher geträumt hatte . . .»

Er: «Ich hänge an einem bestimmten Traum, ich bin mit ihm verbunden, ich klebe an ihm, und es geht nicht weiter.» (Die Lochbildung fühlt demnach er selber.)

Ich lese weiter den Traum: «Eine Stimme sagte dabei und wies auf einen bestimmten Traum, ob ich diesen denn auch verstanden hätte?»

Er: «Ich nehme an, daß es sich um den Traum Nr. 62 handelt. In diesem Traum fliege ich in der Luft, komme mit den Füßen mit den Drähten von der elektrischen Straßenbahn in Berührung, und dabei verbrenne ich mir die Füße gewaltig. Dieser Traum verbirgt einen unbewußten Sinn, den ich aber nicht richtig ausgelegt habe.» (Hier müssen wir bemerken, daß der Analysand sich in der nächsten Stunde korrigierte und die Träume Nr. 11, 30 und 61 als diejenigen angab, deren Sinn er bei der Auslegung nicht verstanden habe. Ein weiterer Beweis des Widerstandes.)

Zum zweiten Teil des Traumes:

Ich lese: «Dann war ich mit F. – meiner Freundin – in einem Flugzeug . . .»

Er: «Zu Pfingsten 1955 flog ich mit meiner Freundin nach München. Bei dem Rückflug kam das Flugzeug in ein Gewitter, und der Blitz schlug ins Flugzeug ein. Entsetzliche Angst packte mich, daß das Flugzeug zu brennen anfängt. Daher im Traum: ‚hoffentlich brennen die Motoren nicht‘ . . . Jetzt fällt mir ein, daß im Traum 62 die elektrischen Drähte brannten . . .»

Ich lese weiter: «Es schien jedoch die Sonne.»

Er: «In Ch. saß ich oft im Wald und rauchte, bis L. (die erste Geliebte) kam. Beim Rauchen war mir übel.» (Vorankündigung dessen, was später in der Tat sich ereignete.)

Ich lese: «Dabei sah ich, daß auf den rechten vorderen Sitzen des Flugzeuges zwei amerikanische M. P.-Soldaten saßen . . .»

Er: «Mir fällt die Szene ein, bei der ich in der englischen Armee in Sch. einen Hilfsplatz eingerichtet und im weißen Mantel vorgetäuscht habe, daß ich Arzt wäre.»

Ich: «Vordere Sitze.»

Er: «Fahrrad, Sattel, Gesäß» . . .

Ich: «Militärpolizei.» (M. P.)

Er: «Eine Szene vor unserem Haus in München: die Hitler-Jugend marschierte vorbei.»

Ich wiederhole: «Militärpolizei.» (Hier beginne ich dasselbe Wort «M. P.» rasch und hart zu exponieren.)

Er: «Einmal in M. kannte ich zwei Militärpolizisten von der englischen Armee, die mich begleiteten, als ich von einem Deutschen meinen ersten Wagen gekauft hatte.»

(Hier versucht er, den Faden der Einfälle, die ihn zu der Hitlerschen Militärpolizei (M. P.) führten, in Richtung der englischen M. P. abzulenken. Der Widerstand ist also immer noch nicht gebrochen.)

Ich wiederhole: «Militärpolizei.»

Er: «In F. die Zivilpolizisten der Amerikaner. Jemand hat ein falsches Geschäft abgewickelt, und ich wurde auch verhört.»

Ich: «Militärpolizei.» (sehr energisch!)

Er: «Die deutschen Militärpolizisten, die Kettenbunde . . ., da war ich als Dolmetscher tätig. Die M. P. holte mich einmal aus dem Kino, weil ich mit dem Wagen (meines Chefs) fuhr, und sie verlangte die Zulassung. Jetzt fällt mir Wolf ein, der Chef des deutschen Spionagedienstes, mit dem ich homosexuell verkehrte. Aber der war ja Spion und nicht bei der Militärpolizei. Zum Verhör fällt mir noch die geheime Feldpolizei ein. Bekam einen Schock (!) (– wieder eine Vorahnung dessen, was sich später eingestellt hat –), weil sie sagten, ich hätte Verbindung mit den Engländern.»

Die erste Phase der Schockwirkung führte demnach den Analysanden *zu seinem homosexuellen Partner* (Herrn Wolf), dem Chef des Spionagedienstes. Diese Tatsache bestärkte uns in dem Entschluß, ihn heute so lange zu schockieren, bis wir zum Grund seines Symptoms des Erstickungsanfalls kämen. Die Stunde ging nun wie folgt weiter:

Ich lese: «Zwei andere lagen in einer Art Ambulanz. Es sah so aus, als ob sie etwas verbrochen hätten.»
Er: «Wie in einem Backofen . . . Gas . . . Gasbrenn . . . brennen . . . Gas strömt aus . . . Mutter sagte, das Mädchen (meine Schwester) bringt sie noch ins Grab . . . Ich dachte damals an Gas . . . Es fällt mir auch ein Film ein, in dem eine Ambulanz jemanden, der sich mit Gas vergiftet hat, abholt . . . Jetzt fällt mir plötzlich ‚Schlauch im Mund‘ . . . ein. Ich sehe die Gaswolken, ich werde ganz leicht wie beim Fliegen. Die Wolken werden immer größer, dann schwebte ich über allem . . . » (wie im Traum Nr. 62).

Von da an beginnt nun die *zweite Schockreizung* in dieser Stunde, und zwar mit dem Satz: *«Schlauch im Mund»*, den ich *achtmal* nacheinander sehr energisch, schlagartig wieder und wieder exponiere.

*

Ich: «Schlauch im Mund.» (einmal)
Er: «Die Sonde . . . im Mund . . . suchen . . . sondieren . . . ertrinken . . . die Zunge ist hinten . . . Herr Doktor . . . es ist mir übel . . . ich will mich erbrechen . . . ich stoße auf . . . bin ganz rot . . . Helfen Sie mir um Gottes willen! Ich will mich erbrechen . . . bekomme keine Luft, ich erstickte.»

Die erste Schockwirkung stellte sich nun auf den Satz: «Schlauch im Mund» prompt ein.
Ich kehre mich zum Patienten um und sehe, daß er auf der Couch *einen Erstickungsanfall bekommt*. Dieser besteht aus folgenden Symptomen:

1. Mit den Unterarmen macht er rasche, paddelnde Bewegungen wie ein Hund oder eine Katze, die mit ihren Pfötchen paddelt. Er zieht die Unterarme zum Körper an, dann streckt er sie, und diese Armbewegungen wiederholt er ungezählte Male sehr rasch.

2. *Das Gesicht ist feuerrot*, die Augen glotzen aus ihren Höhlen heraus. Ein Antlitz des Erschreckens, der Panik und Todesangst, wie man es nur bei einem *Ertrinkenden* sieht.

3. Ein sonderbares *«Glucksen»* dringt ununterbrochen aus der Kehle heraus – ein unartikulierter Hilfeschrei eines Tieres, das vor dem Ertrinken ist.

4. Aufstoßen und Vorbewegungen zum *Erbrechen*.

Ich sage kein Wort, bringe ihm ein Glas Wasser und einen Eimer, stelle beides neben die Couch, setze mich wieder mit dem Rücken zu meinem Tisch und warte wortlos. Dies tue ich, weil ich jetzt fest überzeugt bin, daß der Erstickungsanfall eine *hysterische Konversion* darstellt.

Er (nach etwa 5 Minuten): *«Jetzt geht es mir besser. Es war ein Erstickungszustand, aber immens vergrößert. Ich dachte an die Sonde im Mund, ans Aufstoßen, an die Stauung im Hals, und da kam plötzlich der Erstickungszustand. Auch in der Zunge fühlte ich etwas . . . »*

Ich setze das Hammerschlagverfahren fort und wiederhole: *«Schlauch im Mund»* (2. mal)

Er: «Den Schlauch in den Mund nehmen . . . Sonde . . . Ertrinken . . . man holt die Zunge heraus.»

Ich: «Schlauch im Mund.» (3. mal)

Er: «Erhängen . . . In Sch. sah ich eine Frau aufgehängt, es war noch vor dem Tod der Mutter . . . »

Ich: «Schlauch im Mund.» (4. mal)

Er: «Angel, beim Fischen, die Zunge des Fisches geht nach hinten wie bei den Erhängten . . . »

Ich: «Schlauch im Mund.» (5. mal)

Er: «Es ist im Erstickungszustand nicht nur das Erleben des Erhängens . . . Es muß da noch ein anderes Erlebnis sein, weil ich mich ja bei dem Anfall erbrechen wollte. Das Erlebnis muß Ekel erregen, ein Erlebnis, das auch mit dem Schlauch im Mund zusammenhängt . . . Dieses Erlebnis scheint mir bekannt zu sein, nur habe ich es vergessen . . . »

Ich: «Schlauch im Mund.» (6. mal)

Er: «Ekel . . . Ich habe als Kind schlecht gegessen und gab vor, daß ich mich übergeben müßte, wenn ich z. B. Spinat essen sollte. Da sagte meine Mutter: ‚Ich werde es dir eintrichtern.‘ *Die Sache mit Herrn Wolf, die ist mir jetzt ekelhaft . . .*»

Ich: «Schlauch im Mund.» (7. mal)

Er: «Penis im Mund . . . Das ist aber mit Herrn Wolf nie vorgekommen! . . .»

*

Ich lese nun den Traumtext weiter: «Dann stand plötzlich einer der Soldaten auf und schien betrunken auf uns zuzukommen. *Dabei gab er mir eine bereits stark abgerauchte und am Mundende feuchte Zigarette. Er schob sie mir in den Mund und lachte dabei.* Ich hatte aber auch eine Zigarette in der rechten Hand und verstand nicht, warum er das machte, lachte jedoch auch. Meine Freundin war entsetzt, und ich merkte, sie dachte, daß ich mich mit dieser Zigarette von diesem fremden Menschen gesundheitlich infizieren könnte.»

Er: «*Der Herr Wolf fällt mir da wieder ein . . . Einmal versuchte er per anum . . ., daher die Einfälle Backofen und Gas . . . Es mußte in der Kindheit ein Erlebnis gewesen sein . . . ich fühlte es heute im Hals . . ., aber es ist zurückgegangen.* Wenn ich an diese Ekelgefühle (Wolf-Erlebnis) denke, so . . . *bekomme ich einen Anfall. . .*»

Ich: «Schlauch im Mund.» (8. mal)

Er: «Ich sehe jetzt unser Haus in München, ja den Gasofen im Badezimmer, der Wind fegte herein, fuh . . . fuh . . ., das Gas wurde vom Wind ausgeblasen. Hier war ein roter Schlauch von der Gasleitung zum Ofen . . . Schlauch im Gasofen deutet darauf hin, daß in diesem Badezimmer etwas geschä. . . Was? Ich weiß es nicht.»

Ich lese: «Er schob sie – die feuchte Zigarette – mir in den Mund.»

Er: «Während des Krieges rauchten oft bei der Marine mehrere dieselbe Zigarette, es war eine Infektionsgefahr da . . .»

*

Der Analysand hat sich nun von der ersten Schockwirkung erholt. Da sage ich ihm:

«Sie haben heute zum erstenmal schockartig ihren Erstickungsanfall auf der Couch vor mir reproduziert. Dieser Anfall – wie Sie eben sehen – wurde hier in der Stunde *rein assoziativ* bei Ihnen hervorgerufen. Wir müssen annehmen, daß *alle Ihre Erstickungsanfälle* in den 9 Jahren ebenfalls durch ganz bestimmte Assoziationen *psychisch entstanden sind*. Diese Assoziationen zeigen uns folgendes: *Erstens*, daß Ihre Triebgefahr durch den verdrängten Anspruch *auf die homosexuelle Fellation* bedingt wird. *Zweitens*, daß Sie diesen gleichgeschlechtlichen Fellationswunsch immer dann, wenn er in das Wunschbewußtsein eingebrochen ist, mit ‚*Erstickungsanfall*‘ abwehren. Ihre Erstickungsanfälle führe ich – auf Grund der bisherigen Ergebnisse der Analyse – auf zwei Momente zurück. Das erste ist, daß Sie mit 15 Jahren zum ersten Male in der Wolf-Affäre den gleichgeschlechtlichen Fellationsanspruch verdrängt und später alle ähnlichen Wünsche nachverdrängt haben. Das zweite Moment ist, daß Sie sich durch Verschiebung dieser Sexualschuld immer wieder selbst bestrafen, und zwar so, daß Sie solche Erstickungsanfälle produzieren und erleben wie Ihre Mutter bei der Selbsterhängung.

Sie hegen aber die Meinung, daß Ihre *Erstickungsanfälle auch noch von der Verdrängung irgendeines kindlichen Erlebnisses bedingt seien*. Es kann so sein. Die Fortsetzung der Analyse wird – so hoffe ich – uns auch diesbezüglich Bescheid sagen können.»

*

Am nächsten Tag referiert er über die Nachwirkung des ersten Schocks. *Er war nach der Stunde auch körperlich völlig zerschlagen*; konnte etwa 4 Stunden lang gar nichts machen. Er behauptet dennoch entschlossen, daß ich in meiner Auffassung über die Entstehung der Anfälle irre. Er kann den Zusammenhang zwischen dem verdrängten Fellationswunsch und dem Erstickungsanfall nicht einsehen. Eher

glaubt er daran, *daß ein verdrängtes Erlebnis noch aus der frühen Kindheit die Erstickungsanfälle primär bedinge*. Trotz dieser Einstellung erzählt er mir in derselben Stunde, daß Herr Wolf – sein homosexueller Partner – beim Küssen stets seine *Zunge* in seinen Mund steckte, und davor hatte er einen Ekel. Ferner gab er zu, daß die meisten Erstickungsanfälle sich nach mutuellen Fellations-Cunnilingus-Akten mit der Frau eingestellt haben. Noch etwas gibt er zu: Seit der Wolf-Affäre kann er keine Frau auf den Mund küssen. Ferner erwähnt er noch den dreistündigen Waschzwang, dem er nach dem Verkehr mit Herrn Wolf stets nachgeben mußte. Plötzlich bemerkt er, daß er *jetzt auch den Traum Nr. 30 versteht, in dem er von einem großen schwarzen Hund geträumt hat, den er immer küssen sollte*. Natürlich ist der große Hund: Herr Wolf. Endlich gibt er doch zu, daß er die homosexuellen Fellationsansprüche verdränge und die Wolf-Affäre seit dem 15. Lebensjahr stets zu bagatellisieren versuchte.

Die darauffolgenden Stunden bringen schwere Verstimmungen, Verzweiflungen und äußerst heftige Erstickungsanfälle, im besonderen in der Nacht. Hat der Analysand in einer Stunde sein Traummaterial für die Richtigkeit des vermutlichen Zusammenhanges zwischen dem verdrängten homosexuellen Fellationswunsch und dem Erstickungsanfall ausgelegt, so kommt er in der nächsten mit Gegenargumenten, die beweisen sollen, daß die Schuld am Selbstmord der Mutter einzig und allein seine Anfälle bedingen. Ich mußte somit die Fortsetzung der Enträtselung seines konversions-hysterischen Symptomkomplexes ruhig abwarten und dachte: Der Analysand hat bisher zwei wichtige Motive in der Entstehung seiner Erstickungsanfälle enträtselt:

Erstens: die Schuld an dem Tod der Mutter aus der Zeit, in der er 23 Jahre alt war.

• *Zweitens*: die Verdrängung des homosexuellen Fellationswunsches aus dem 15. Lebensjahr.

Beide Motive wurden völlig bewußt gemacht. Das zweite Motiv hat sogar den Erstickungsanfall in der Stunde *assoziativ* zur Reproduktion gebracht. Trotzdem sind die Anfälle *nicht* verschwunden. Der Analysand hegt die Meinung, daß *zur Entstehung seines Symptoms noch ein Erlebnis aus der frühen Kindheit ausschlaggebend beitragen müsse*. Dieses Erlebnis ist ihm – so sagt er – bekannt, er weiß nur nicht den Zusammenhang. Ich war mit ihm völlig einverstanden. So entstand nun eine *zweite Lochbildung* in der Behandlung, die aber nur etwa 4 Wochen dauerte. Und dann kam plötzlich der Traum Nr. 86. Die Analyse dieses Traumes hat mit Hilfe des Psychoschocks nicht nur den Kreis der Entstehungsmotive seiner Anfälle endgültig geschlossen, sondern *das Symptom, den Erstickungsanfall, von einer Stunde auf die andere plötzlich zum Verschwinden gebracht*. Im folgenden referiere ich, wie dies geschah.

Am 1. März (1956) bringt er den Traum Nr. 86. Von diesem wichtigen Traum bringe ich hier nur den ausschlaggebenden zweiten Teil:

«Dann war ich in unserem Haus in M., und meine Eltern waren auch da. Ich war jedoch furchtbar müde und lag mit meiner Freundin im Bett. Meine Mutter war beim Anziehen, und eine Frau putzte den Fußboden hinter einer Kommode. *Dabei telefonierte ich mit einem Freund und fragte ihn, ob er denn nicht wüßte, ob sich damals in der Kindheit etwas Besonderes ereignet hätte? Worauf er ganz klar und deutlich antwortete: „Na, klar, Mensch, damals im Schwimmbad holten sie doch unseren Freund als*

Leiche aus dem Wasser, und wir mußten ihn im Leichenhaus anschauen, und dabei wurde dir so furchtbar übel. Ich war sprachlos und dachte, das hängt doch bestimmt zusammen mit der Angst vor der Wasserleiche. Ich überlegte dabei dauernd, daß ich mich an nichts erinnern könnte und dachte: Ist es denn möglich, als Kind in ein Leichenhaus zu gehen. Ich schilderte der Freundin neben mir den Vorfall und hielt noch immer fassungslos den Hörer in der Hand. Ich rief nun hinein, um zu wissen, wie der Freund am anderen Ende des Telephons hieße. Aber es kam keine Antwort mehr. Jemand sagte: ‚Na siehst du, auch das wirst du noch los‘.»

Ich exponiere: «Dann war ich in unserem Haus in M.»

Er: «Jetzt kommt wieder die Aufblähung!»

Ich: «Aufblähung.»

Er: «Ich ertrinke! Kann nicht atmen!»

Ich merke mir den Satz *«Ich ertrinke»*. Inzwischen bekommt er aber den richtigen Erstickungsanfall auf der Couch, aber in milderer Form als beim erstenmal. Ich warte ruhig ab.

Ich lese: «Meine Mutter war beim Anziehen.» . . .

Er: «In der Badanstalt in M. . . Ich sehe sie aus dem Wasser steigen. Jetzt fühle ich mich wieder übel . . . alles geht von mir weit weg . . . wie im Nebel . . . ich kann mich nicht konzentrieren . . .» (Wieder ein Unwohlsein.) Dann sagt er: «Es wurde mir übel, als ich an die Mutter dachte . . . im Bademantel . . . wie sie aus dem Wasser stieg . . . Übel ist mir . . . In den letzten Tagen bekomme ich oft diese Übelkeitsanfälle mit Brechreiz. Eine Verkrampfung in der Kehle und im Magen . . . dasselbe wie damals bei ‚Schlauch im Mund‘. Etwas wurde schon damals bei der Szene mit Wolf in mir angesprochen, was ich in der Kindheit erlebt habe. Ja, der Ertrinkungszustand.» (Sic!). (Der Analysand sagt heute zum zweitenmal *«ertrinken»* statt *«ersticken»*.) «Heute in der Nacht, als ich nach diesem Traum (Nr. 86) mit einem Erstickungsanfall aufwachte, sagte meine Freundin: ‚Du hast genau so ausgesehen wie einer, der im Wasser ertrinkt.‘ Ich schrie nach Rettung vor dem Tode!»

Ich lese weiter: «Dabei telephonierte ich mit einem Freund und fragte ihn, ob er denn nicht wüßte, ob sich damals in der Kindheit etwas Besonderes ereignet hätte?»

Er: «Man holte unseren Freund als Leiche aus dem Wasser . . . In der Schule beerdigten wir einen Kameraden, der an Hirnhautentzündung starb . . . In der Waldschule war auch ein Schwimmbad . . . Ich frage, ob wir da vielleicht einen Freund ins Wasser geworfen haben? Jetzt fällt mir die Ortschaft G. ein, wo ich mit der Schwester bei dem Pfarrer in Pension war, da war auch ein See.»

*

An diesem Punkt angelangt, weiß ich plötzlich, daß der Analysand zu dem ausschlaggebenden Erlebnis seiner frühen Kindheit gekommen ist und daß eben diese Erinnerung am Anfang der Stunde die zwei kleineren Anfälle bedingt hat. Ich entschlief mich nun zu der Anwendung der Hammerschlag-Assoziationsmethode, und zwar so rigoros wie noch nie. Denn ich fühlte, daß er jetzt endlich bereit ist, den Zusammenhang zwischen dem frühkindlichen Erlebnis und dem Erstickungsanfall bewußt zu machen. Als Schlagwort, welches ich *elfmal* in kurzer Zeit wiederholte, wählte ich aus dem Traumtext das Wort *«Wasserleiche»*. Der Psychoschock verlief wie folgt:

Ich: «Wasserleiche.» (1. mal)

Er: «Noch heute habe ich im Schwimmbad die Angst, ob nicht eine Wasserleiche unter mir ist.»

Ich: «Wasserleiche.» (2. mal)

Er: «In Amerika sah ich einen Film, in dem jemand ermordet wird. Da bekam ich im Kino wieder einen Erstickungsanfall.» (Hier gibt er also zum ersten Male zu, daß seine *Erstickungsanfälle* mit *«Mord»* zusammenhängen.)

Ich: «Wasserleiche.» (3. mal)

Er: «Künstliche Atmung . . .»

Ich: «Wasserleiche.» (4. mal)

Er: «In Travemünde, ich sah dort 1945 Wasserleichen . . . In Frankreich sah ich englische Soldaten am Strand als Wasserleichen . . .» (Er will abschweifen.)

Ich: «Wasserleiche.» (5. mal)

Er: «Eine komische Vision taucht in mir jetzt auf: Im Traum 30 sah ich einen Polizisten, seine Nase war eingedrückt . . . eine Frau lag am Boden, auch ihre Nase war eingedrückt . . . Totenkopf . . . Gummischupo (ein Polizist aus Gummi) aus der Kindheit . . .» (Will wieder ausweichen.)

Ich: «Wasserleiche.» (6. mal)

Er schweigt, ist blockiert.

Ich: «Wasserleiche.» (7. mal)

Er ist weiter blockiert.

Ich: «Wasserleiche.» (8. mal)

Er: «Es fällt mir der Kamerad Sch. bei der Marine ein, der an einer Ankerkette hängen geblieben ist.

Er war schon im Wasser tot.»

Ich: «Wasserleiche.» (9. mal)

Er ist weiter blockiert.

Ich: «Wasserleiche.» (10. mal)

Er: blockiert.

Ich: «Wasserleiche.» (11. mal)

Er stöhnt und sagt dann ganz leise: «Die Katze!»

*

Dann folgt eine lange Pause, und endlich fängt er an, zu erzählen:

«Ich habe in G. beim Pfarrer, als ich 4 1/2 Jahre alt war, eine Katze aus Wut in die Wassertonne des Gartens geworfen. Die Eltern brachten uns zum Pfarrer, und kaum sind wir angekommen, ist die Mutter mit dem Vater weggefahren. Ich war wütend auf die Mutter, daß sie mich verließ. Ich zog im Garten einen Spielwagen hinter mir her, setzte die Katze darauf, sie aber sprang aus dem Wagen. Dies wiederholte sich mehrmals, und dann habe ich sie aus Wut in die Wassertonne geworfen. Sie sank zum Boden, dann kam sie nochmals herauf, paddelte mit den Pfötchen, ihre Augen glotzten in Todesangst, sie gluckste und schaute mich armselig an. Dann verschwand sie.»

«Die Wassertonne wurde – eine Woche später – vom Sohn des Pfarrers umgeworfen, und da lag die Katze tot . . . Sie ist also die Wasserleiche . . .»

*

Ich mache nun den Analysanden darauf aufmerksam, daß sein *Erstickungsanfall eine genaue Reproduktion des Erstickens der Katze in der Wassertonne darstellt*. In seinem Anfall auf der Couch sah ich selbst, wie er mit den Unterarmen – wie die ertrinkende Katze mit den Pfötchen – paddelte, wie er dabei gluckste, wie sein Gesicht von Todesangst sich verzerrte, und wie er mich in dieser Todesangst mit den Augen um Rettung anflehte. Ich betonte aber, daß *die Katze nur ein Ersatzobjekt für die Mutter war. Er wollte nicht die Katze, sondern die ihn verlassende Mutter aus Wut töten*. Darum hat er ja heute in der Stunde den Anfall bekommen, als ich den Traumsatz exponierte: *«Ich sehe die Mutter aus dem Wasser steigen.» Er hat also die Katze an Stelle der Mutter ertränkt.*

*

Er: «Kurz vor dem ersten Erstickungsanfall, in der ersten Woche meiner Ehe, kam eine Katze in der Nacht durch das Fenster in unser Schlafzimmer. Auch zu dieser Katze war ich grausam, und kurz darauf stellte sich der Erstickungsanfall am Klavier ein . . .»

Ich: «Nun können wir die Entstehungsgeschichte des Symptoms treu rekonstruieren. Ihr Symptom, der Erstickungsanfall, hat drei Ansätze, die zwar aus verschiedenen Erlebnissen und aus verschiedenen Epochen Ihres Lebens herkommen, dennoch haben sie sich im Unbewußten zu einem Bündel, zu einem Komplex eng verwoben. Die drei Erlebnisse, die sie verdrängten, sind:

I. Das Ertränken der Katze zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr. Dieses Erlebnis war nicht nur das primäre, sondern auch das symptombildende Erlebnis. Da Sie

eigentlich die Mutter töten wollten, war die Szene des Ertrinkens der Katze so schuldbe-laden und affekterregend, daß Sie diese ganze Szene mit allem Zubehör und den Bewegungen des Ertrinkens dem Ich einverleibt haben (Ad-hoc-Introjektion). So entstand aus dem erlebten Bild des Ertränkens der Katze Ihr Symptombild des Erstickens. In der Jugend wirkte dieses Introjektionsbild nur angsterregend: Angst vor dem Schwimmen, vor Wasser im allgemeinen, Angst vor Ertrinken, bis zu der heute noch wirk-samen Angst vor Wasserleichen im Schwimmbad.»

II. «Zu diesem unbewußten und dem Ich einverlebten Ertrinkungsbild der Katze aus der Kindheit gesellte sich mit 15 Jahren das homosexuelle Erlebnis mit Herrn Wolf.»

«Obzwar Sie – wie Sie sagen – de facto kein Fellationserlebnis hatten, geben Sie dennoch zu, daß Sie solche Ansprüche hegten, aber sie stets mit Ekel zurück-gewiesen haben. Diese Verdrängung des Phantasiebildes der gleichgeschlecht-lichen Fellation hat sich mit dem Bild der ertrinkenden Katze im Unbewußten vereinigt, und als Ersatz für das Neuverdrängte kamen später die Symptome des Übelseins, des Aufstoßens, des Sicherbrechens.»

«Diese Auffassung wurde dadurch bestätigt, daß Sie durch die schlagartige Exposition des Satzes ‚Schlauch im Mund‘ und vorher noch durch das Wort ‚Militär-polizei‘ den Erstickungsanfall mit Erbrechen auf der Couch reproduziert haben. Das Wolf-Erlebnis war demnach der zweite Ansatz zu Ihrem Symptomenkomplex.»

III. «Nun gesellte sich mit 23 Jahren zu diesem unbewußten Bündel das tragische Vorstellungsbild der sich erhängenden Mutter. Wie Sie mir erzählten, haben Sie sich des öfteren die Szene der Erhängung vorgestellt. Die Mutter starb vermutlich in Ihrer Vorstellungswelt genau so wie die Katze. Die Katze war ja in der Tat seelisch das Ersatz-objekt für die Mutter, die Sie ertränken wollten. Auch sie paddelte bei der Erhängung mit den Armen, und ihre Augen glotzten aus ihren Höhlen heraus, und ihr Ge-sicht war feuerrot, und auch sie gluckste während der Erstickung.»

«Diese drei Bilder haben sich im Unbewußten ergänzt und verstärkt. Ihr Er-stickungsbündel wurde somit mit den Jahren im Unbewußten immens groß, so groß, daß der kleinste assoziative Reiz genügte, um das ursprüngliche introjizierte Bild der ertränkten Katze als Krankheits-symptom zum Vorschein zu bringen.»

«Nun können wir auch die auslösenden Faktoren auseinanderhalten. Diese waren:

1. das unerwartete Erscheinen einer Katze in den ersten Wochen der Ehe im Schlafzimmer;
2. die grausame Behandlung dieser Katze Ihrerseits;
3. die Fellationsakte mit der Frau;
4. im besonderen aber die maßlose Schuld für die drei Taten: a) Ertränkung der Katze an Stelle der Mutter; b) die Wolf-Affäre mit dem verpönten Anspruch auf gleichgeschlechtliche Fellation; c) die Schuld an der Erhängung der Mutter.

Damit haben Sie – so glaube ich – alle Erlebnisse, die Ihre Erstickungsanfälle bedingten, bewußt wieder erlebt, das ‚Bündel aus dem Halse‘ herausgeworfen, seine Entstehungsgeschichte verstanden. Ich vermute, Sie sind über den Berg.»

*

Das war in der Tat der Fall. Obzwar das eine Symptom aus seinem Bündel, nämlich das Glucksen, selten, aber doch hie und da bei Aufregungen vorübergehend noch zurückkehrte, sind die Erstickungsanfälle, die Übelkeiten, das Erbrechen völlig verschwunden.

Zwischen März und Juni kam er noch zeitweise in die Analyse. Dies war aber keine Analyse einer Psychoneurose mehr, sondern eine *Charakteranalyse*. Es wurden sein Charakter, sein Beruf, seine Zukunft genau besprochen. Dann stellte er selbst die Analyse spontan ein. Er fühlte sich gesund, ist – wie er behauptet – ein anderer Mensch geworden, hat auch die Hypochondrie abgebaut und hegt die Absicht, Mediziner zu werden. Er heiratete seine Freundin, wurde Mediziner und Analytiker und ist seit 7 Jahren völlig symptomfrei.

*

Wir fassen die Lehre des Falles zusammen:

1. Mit der Psychoschocktherapie wurden die Lochbildungen in der Analyse eines Falles von *9 Jahre* dauernder Konversionshysterie und Hypochondrie mit Erfolg schlagartig überwunden.

2. Die persönlich verdrängten Zusammenhänge zwischen den Erlebnissen und dem Symptom – welche der passiven Therapieart hartnäckig trotzten –, wurden mit dem Hammerschlag-Assoziationsverfahren widerstandslos bewußt gemacht.

3. Das Symptom selbst konnte *assoziativ* auf der Couch mehrmals reproduziert und im Zusammenhang mit den Urerlebnissen wieder erlebt werden.

4. Der Fall bekräftigt die Auffassung S. FREUDS über die Entstehung des Symptoms durch eine primäre Verdrängung und mehrere Nachverdrängungen aus verschiedenen Epochen.

5. Der Fall ist aber auch ein Beweis für unsere Auffassung, nach der das Krankheitsbild eines Komplexes oder einer Psychoneurose primär nicht durch Verdrängung, sondern durch *Ad-hoc-Introjektion einer frühkindlichen Szene* zustandekommt. Die Symptome des Komplexes sind treu introjizierte und hernach reproduzierte Teile einer in der Kindheit erlebten Szene.

6. In der Psychoneurose wird des öfteren nicht die einst erlebte und die symptombedingende Szene selbst verdrängt, sondern *nur der Zusammenhang zwischen der erlebten Szene und dem Symptomenkomplex*.

7. Diesen Zusammenhang kann man mit der Psychoschocktechnik wiederherstellen und somit den Symptomenkomplex zum Verschwinden bringen.

*

Man könnte hier den Einwand machen, daß sich in diesem Falle auch durch die Anwendung des klassischen, passiven Assoziationsverfahrens mit der Zeit derselbe Erfolg eingestellt hätte. Die aktive, drängende und schockierende Art des Assoziierenlassens war also nicht unbedingt notwendig. Dem könnte so sein. Wir hatten dennoch Grund, sie hier anzuwenden. Erstens war hier die Anwendung des Psychoschockverfahrens auch durch Mangel an Zeit seitens des Patienten bedingt. Der Analysand mußte innert eines Jahres gesund werden, da er seine Niederlassung in den USA noch im selben Jahr antreten mußte. Zweitens waren die Anfälle so unerträglich und bedrohend, daß er arbeitsunfähig wurde. Die Abkürzung der Behandlung auf 9 Monate statt 2–3 Jahre, ferner das Erreichen der Symptombefreiheit nach 5 Monaten war somit für den Kranken eine existenzielle Frage. Drittens scheint mir unwahrscheinlich, daß der Analysand bei dem passiven Assoziationsverfahren auf der Couch seine Anfälle vor dem Analytiker jemals reproduziert hätte. Dann aber hätte der Analytiker nie die völlige Gleichheit der

Anfälle mit dem Paddeln und Glucksen der Katze quasi durch Autopsie feststellen können. Diese «Autopsie» war aber für das Verstehen der Symptomentstehung wie auch für den Heilerfolg ausschlaggebend. Viertens erachten wir es für fraglich, ob es möglich gewesen wäre – ohne die Beobachtung der vorausgegangenen Anfälle auf der Couch – den Zusammenhang zwischen der «Wasserleiche der Katze» und dem Einfall über die «aus dem Wasser steigende Mutter» herzustellen. Fünftens – last but not least – hat das Psychoschock-Verfahren etwas erreicht, was mit der passiven Methode nach meiner Erfahrung nie, oder fast nie, erreicht werden kann, nämlich, daß ein 9 Jahre dauerndes Symptom plötzlich von einer Stunde auf die andere endgültig verschwindet. Zu solchem Heilerfolg kann u. E. nur eine Schockwirkung führen.

Es wurde wiederholt darauf hingewiesen, daß das aktive Hammerschlag-Assoziationsverfahren ursprünglich zum künstlichen Erlebenlassen der verborgenen kranken Ahnenfiguren auf der Couch erfunden wurde. Das Hauptgebiet seiner Anwendung ist nicht das der traumatischen Neurosen, sondern das der hereditären Ich- und Triebstörungen. Bei diesen Fällen kommt ja das «Sich-erinnern» nicht in Frage. Das Erlebenlassen und das Agieren der kranken Ahnen ist bei hereditären Fällen der einzig gangbare Weg der Bewußtwerdung. Folgender Fall soll dies demonstrieren.

B. Die Anwendung der Psychoschocktechnik auf dem Gebiete der hereditären Ich-Störungen

Fall 15. Schicksalsanalyse eines Konduktors von paranoider Schizophrenie und Epilepsie und Heilung durch die Psychoschocktechnik

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 kurzdauernde Beziehung mit einer ebenfalls viel älteren Dame. Alle seine Versuche hingegen, die er auf Rat seiner Analytikerin mit *jüngeren* Frauen machte, mißlingen ihm. Er war bei ihnen 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 fehlte. Die Fortsetzung seiner Analyse bei mir dauerte 15 Monate. Während dieser Zeit haben wir insgesamt 101 Stunden 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 schicksalsanalytischen Therapie zu geben.

I. 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 6 Jahre älter ist, lag im anderen Bett und lachte mit der Mutter über mich.» Er erinnert sich, daß er im Bett des öfteren 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 (Venus-Höhle). 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 den 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 geben*. 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 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 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 wegen seiner Geisteskrankheit abgelehnt habe.* Es ist eine Übertragung zustande gekommen, d. h. eine Gefühlsbeziehung. Denn mein älterer Bruder eignet sich nicht dazu, weil die Homosexualität manifest werden könnte, wovor ich Angst habe. Ich tat in der Vergangenheit und noch jetzt ganz, was der Mutter beliebte.

Die zweite Reihe der Träume aus der psychoanalytischen Phase behandeln seine Beziehung zu dem ersten Liebesobjekt, 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 Ananalyse des inzestuösen Charakters

¹ Schwesternöter; leichtsinniger Mensch. Siehe später die Neologismen.

dieser Liebe bewußt, da das Gesicht dieser alten Frau in einem Traum sich plötzlich 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. Oktober 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 beginnt 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 Impotenz-Symptoms wirklich 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 klassischer Psychoanalytiker hätte ihn schon in dieser Phase als geheilt entlassen können. Der Schicksalsanalytiker konnte aber dies nicht tun und zwar darum nicht, weil in den Träumen und Einfällen des öfteren merkwürdige Figuren auftauchten, die Symptome bestimmter Erbkrankheiten trugen. Diese Figuren avisierten mahnend, daß auch in dem *familiären Ubw* des Patienten *krankhafte Abnenansprüche* leben, welche sein Schicksal durch die Wahlhandlungen ernst zu stören vermögen. So gelangen wir zu dem zweiten Abschnitt seines Heilweges.

II. Die schicksalsanalytische Phase

Es wäre ein Irrtum, zu glauben, daß die Abschnitte des Heilweges in einer Scha sich spontan so klar gegeneinander abgrenzen wie hier in unserer Darstel-

lung. In den Träumen und Einfällen sind die persönlichen und familiären Ansprüche so eng 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 bereits erwähnten Erscheinungen pflegen dem Analytiker den gewichtigen Anteil des familiären Ubw in der Entstehung von neurotischen oder präpsychotischen Symptomen zu avisieren.

Erstens: Es erscheinen gewisse kranke Figuren in den Träumen oder in den freien Einfällen des Patienten, die einem psychiatrisch bestimmten seelischen Erbkreis angehören, wieder und wieder. Diese «Ahnenfiguren» muß der Schicksalsanalytiker vorderhand stumm, aber genau beobachten. Erst wenn die Situation reif ist, kann er sie dem Patienten der Reihe nach vorführen, ihn mit diesen störenden Ahnenfiguren in seinem Wahlschicksal konfrontieren. *Dies darf, wie gesagt, 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. Er kann, wie wir schon erörterten, auf der Couch seine – bisher unbewußten und störenden – kranken Ahnen selbst erleben. Er wird – vorübergehend – in der Stunde unter der Kontrolle des eigenen 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 reif wird. Je länger man 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 angewandten Psychoschocktechnik in drei Schritten darstellen:

1. 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.

Das Erscheinen und Erleben der paroxysmal-epileptiformen Ahnenfiguren in den Träumen und Einfällen

a) Eine *Stotterer-Figur* erscheint in dem Traum 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 Ver-

wandten namens Hans, der früher *gestottert* hat. (Siehe Abb. 11, Stammbaum Fall 15, Nr. 22.) 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 (34) – im Spital – 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, besonders wenn sich die Verwirrtheit nach Assoziationen auf Reizworte wie Mord oder Tötungsinstrumente (Messer, Säbel, Dolch usw.) einstellt.

Auf die Epilepsiekonduktorschaft eines 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 einen *Erstickungsanfall* soeben 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 eigenes mütterliches Erbe, 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, daß die «Tobler Schokolade», die – wie 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 epileptischen Apothekers* (siehe Abb. 11, Nr. 16 in Stammbaum zum Fall 15).

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.

¹ SZONDI, L.: a) Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven und Geisteskrankheiten. Bericht über den I. Int. Kongreß f. Heilpäd. Leemann & Co., Zürich, 1939, S. 35, Tab. 5;

b) Konstitutionsanalyse psychisch abnormer Kinder. Marhold, Halle a. S., 1933, S. 59 ff.

c) Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel, I. Aufl. 1944, II. Aufl. 1948, III. Aufl. 1963.

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 Abb. 11, Nr. 34 im Stammbaum zum Fall 15.)

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.

*

Es fällt uns nicht schwer, in unserem Fall zu beweisen, daß in seinem familiären Ubw die Ansprüche des *kainitischen* 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. November 1953, betitelt: «*Der Kain*».

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 verspürte auch schon die Lust, einer schwangeren Frau einen Tritt zu geben.»

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 1948–1951, d. h. 3 Jahre vor dem Beginn der Scha. Aus seinem Stammbaum wissen wir aber, daß in der Familie tatsächlich schwere kainitische 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 eines Bahnangestellten – hat seinen Freund mit einem Gewehr – im Spiel – getötet. (Nr. 34 im Stammbaum zum Fall 1 b.) 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 das Mördersymptom einmal erschienen ist. Die Epilepsie-Konduktorschaft des Patienten wird aber auch damit bestärkt, daß er fast bis zur Pubertät ein *Bettnäasser* war; auch ein Äquivalent der epileptiformen Anlage. Für die epileptiforme An-

lage 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, der latenten Anlage zur *inflativ-paranoiden Schizophrenie*.

*

Das Erscheinen und Erleben der schizoförmigen Ahnenfiguren in den Träumen und Einfällen

In einem Traum machte die Mutter die Äußerung, er, der Patient, hätte einen anderen Vater als seine Brüder. Er wäre durch «*Empfängnis vom Heiligen Geist*» zur Welt gekommen. Hier erscheint somit die Mutter als Maria und er als Jesus. Er erzählt dazu: «Die Religiosität der Mutter war an der Grenze des Religionswahns. Sie glaubte an die Wiederkunft Christi und mußte sich darauf vorbereiten. Darum war sie so streng in bezug auf Religion.» Damit hatte sie dem Probanden Angst gemacht, daß Jesus kommen könnte und er noch nicht zur Erlösung bereit wäre. Nun hatte diese Mutter einen Bruder (Abb. 11, Stammbaum zum Fall 15, 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 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 von Onkel ,D' an seine Schwester, also an meine Mutter. *Aber jetzt ist er in mir gestorben. Jetzt bin ich vom 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 also 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 1¹/₂ Jahre interniert war*. Diese doppel-

seitige Belastung in der Richtung der paranoiden Schizophrenie jagt dem Patienten natürlich große Angst ein, und darum verdrängt er das Wissen um seine 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 Scha 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, Azi-ment, 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, Heiduraba . . . 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, Cehis, Cehu, Cehu, hui-hui-zan . . . 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»: «Turubaub, 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 an 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 exponiert: «Die Dinge müssen gezählt werden.» Darauf erfolgt die Reaktion: «Ding, Ding, Ding, bum, bum, bum . . . Glöcklein, Coitus, Eisenbahnspiel, ping, ping, ping . . .»

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

Auf das Reizwort «Leiche»: «Leiche, läuten, redebum, 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 exponierte Reizwort aus dem Traum Nr. 39 «Verbrechen»: «Karabiri, puribum, krampambuli, tui, tui, tui . . . esufang, eskalop, jegkamin, du Lump, du Saubub, sang, ai jai, jai, tapp . . . dreinschlagen wie verrückt, die Axt hochheben, fang! . . . in Wald, zurupuru, assifanta, ech! . . .»

*

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

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

«*Radabum*»: «Die Trommel einschlagen, hereindringen, peng . . . *Defloration*.»

«*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*»: «Vamp, 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* agierend 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 Psychoschocktherapie:

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

II. *Die Zerlegung dieser Erbanlage in Triebgefahren und Abwehrmechanismen* oder auf Spaltstücke des Ichs, *auf die der Patient in Zukunft nun verzichten oder aber sie sublimieren kann.* So entsteht nun sein neues *Freiheitschicksal.*

*

Damit haben wir nun die erste und wichtigste Phase der Psychoschocktherapie, *das Erlebenlassen der latenten Ahnen*, 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 stellt mir schriftlich die chronologische Liste seiner «schizoformen» Erlebnisse in der Vergangenheit zusammen.

«Aufzeichnungen über den religiösen Fanatiker»

9. Oktober 1947: «Meine Idee, eine Gebetszelle zu gründen.»

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

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

16./17. Januar 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. September 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.»

Diese Aufzeichnungen sprechen für das *episodische* Einbrechen einer inflativen megalomanen, paranoiden Ich-Störung noch vor der Analyse.

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 60jährigen paranoiden Hysterikerin) haben wir selbst durchgeführt. So gelangten wir zu der zweiten Phase der Schocktherapie:

2. Die Konfrontierung des Patienten mit seinen kranken Ahnen und Wahlen auf Grund des genotropischen Stammbaumes

Die Zahl der vom Probanden erfaßten Familienmitglieder beträgt 260.

Die genotypisch wichtigsten Daten: Vater des Probanden (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 erkrankte 5 Jahre vor der Geburt des Patienten an einer paranoiden Schizophrenie 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 (40) zusammen.

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

Die Mutter des Probanden (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 (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 (22) war Stotterer, Proband selbst Enuretiker.

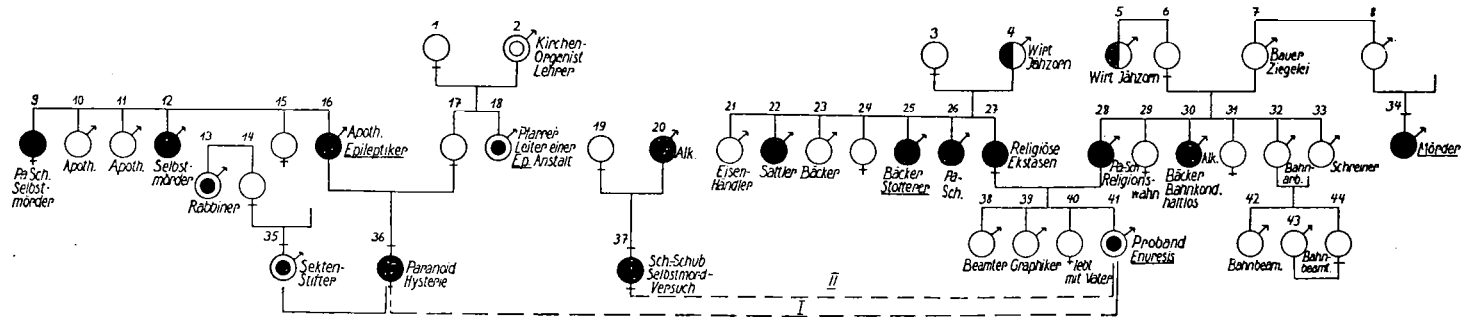


Abb. 11. Stammbaum zum Fall 15

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

*

Die genotropistischen¹ Daten zum Fall 15 (Abb. 11) bestätigen die obige Feststellung.

Das erste Wahlobjekt in der Liebe, die 60jährige Frau (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 «halb verrückt». 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 (16), ein Apotheker, war seit der Jugend ein genuiner Epileptiker und starb, indem er in einem Anfall in eine Maschine stürzte.

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

Die Beziehung dieser ersten Liebe zur Religion ist sehr merkwürdig. Ein Onkel mütterlicherseits, ein Pfarrer (18), war Leiter einer Anstalt für Epileptiker. Ihr Großvater (2) war Kirchenorganist. Ihr Mann (35), ein konvertierter Jude, hatte eine christliche Sekte gegründet und lebte als Wanderprediger. Der Onkel dieses Mannes war Rabbiner (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. So lebten sie zwei Jahre in einer illegitimen Ehe, die der Proband aber stets legitimieren wollte. Nach der gewaltsamen Abtrennung von dieser Mutterfigur durch die Analytikerin wurde er – wie wir schon erwähnten – impotent.

Die junge Frau (37), die er zu Beginn der Scha 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

3. Die Konfrontierung des Patienten mit den Ergebnissen des Triebtestes

Auf Grund der Testuntersuchungen sind *die größten Gefahren* in seinem familiären Ubw: 1. die *paranoid-schizophrene Besessenheit* von religiösen oder anderen

¹ Vgl. hierzu: Schicksalsanalyse. Erstes Buch, II. Aufl., S. 86 ff.

Ideen; 2. die krankhafte Anklammerung an eine Mutterfigur; 3. die krankhafte, masochistische Hingabe sowohl in der Liebe wie in der Religion.

Als *Ventil* aus diesen dreifachen Gefahrzonen bleibt ihm allein der Ausweg Kains, also das Schicksal des Enuretikers, des Jähzornigen, des Affektmörders – oder sublimiert das Schicksal eines Gelehrten der Religionswissenschaft¹.

*

Somit haben wir den Patienten in der Psychoschocktherapie auf *drei* verschiedenen Wegen mit seinen paranoid-schizophrenen und paroxysmal-epileptiformen Ahnen schockartig konfrontiert. Als dann 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 inflativen Schizophrenie* trägt.

2. Solange er diese Anlage unterdrückt oder wieder und wieder verdrängt, ist er sowohl in seiner seelischen Gesundheit wie in seiner Liebeswahl in der Tat ernstlich 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 *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 Scha, in die

Phase der Ich-Analyse

In dieser Phase mußte der Kranke erlernen, wie er die Kraft zum Sein, also die mitgebrachte Macht, unter den machtgerigen 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 abhängender, 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 Freiheitsschicksal 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

¹ Über die Testergebnisse siehe: Heilwege der Tiefenpsychologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 89.

– als Privatgelehrter – aufzubauen. Nachdem eine Reihe der darauffolgenden Träume *ich-analytisch* ausgelegt wurden, schrieb er mir folgendes über seine Verwandlung:

Die Versöhnung mit den inneren Gegensätzen

«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 Denknötwendigkeit steht eine seelische Wirklichkeit gegenüber, und hier stellt sich das Problem: Geht mit jeder Denknötwendigkeit eine psychische Realität einher?

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 sich mit diesem Nächsten 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 es 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 klar geworden, 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 zudecken. *Beide sind nun begraben!*»

Zu Traum Nr. 135 faßte 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 bebauen . . .»

Im Traum 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 ungemain. Ich will ein herzlicher Mensch werden, der das Denken mit dem Fühlen ergänzt . . .»

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

Seit der Beendigung seiner Scha sind sieben Jahre vergangen. Nach einer schriftlichen Mitteilung, die er mir vor kurzem aus dem Ausland zusandte, ist er die integrierte und humanisierte Persönlichkeit geworden, die er in den letzten Stunden seiner Analyse als sein Ich-Ideal aufgestellt hatte.

Kapitel XVII

RICHTLINIEN ZUR ANWENDUNG DER PASSIVEN UND AKTIVEN TECHNIK IN DER ANALYSE

Auf Grund von vergleichenden Untersuchungen der verschiedenen Erfahrungen in bezug auf dieses gewichtige Problem der Behandlung können wir den Anfängern folgende bereits bewährten Richtlinien angeben:

A. Richtlinien für die Behandlung der traumatischen Neurosen

I. Die passive Technik soll im Prinzip vom Anfang bis zum Ende der Analyse angestrebt werden.

II. Die Anwendung jeglicher Form einer aktiven Technik ist am Anfang der Analyse Monate hindurch streng zu vermeiden, sogar dann, wenn die Analyse scheinbar nicht vorwärtsschreitet. Erst wenn sie nach mehr als hundert bis hundertfünfzig Stunden völlig zu versanden droht, sollte man sich zu einer der aktiven Techniken entschließen, aber auch dann darf die Aktivität *nur episodisch*, auf eine möglichst kürzeste Weile beschränkt, gebraucht werden. Der einzige Ausnahmefall von dieser Regel ist die Notwendigkeit der Abkürzung der Analyse aus äußeren Gründen (S. FERENCZI). In diesem Fall soll man vorerst die Zahl der Wochenstunden auf das Maximum erhöhen und vor etwa 100 Stunden nie die Passivität aufgeben. (Siehe Fall 14.)

III. Die Regel FREUDS, nach der die Leidensperiode nicht vorzeitig abgebrochen werden darf und der Analytiker bei Flucht in die Somatisierung oder in eine unglückliche Ehe energisch einschreiten sollte – d. h. die Regel der Entbehrung – muß zwar von Anfang an als Leitmotiv für die Analyse gelten, ihre Durchführung benötigt aber keine besondere längere aktive Technik. Zumeist genügt ein einmaliges Verbot und der Hinweis darauf, daß der Analysand, um gesund zu

werden, auch unerfüllte Wünsche zu ertragen hat. (Über die Entbehrung in der Übertragung, siehe das Kapitel XX.)

IV. Der Analytiker soll die Leitung von Anfang bis zu Ende dem Kranken überlassen. Der Kranke soll auch das zu deutende Traummaterial selber auswählen. Eine Ausnahme dieser Regel ist die Zeitbestimmung und die Auswahl des Materials für das Durcharbeiten. Das Durcharbeiten der Wiederholungszwänge darf aber erst nach vielen Monaten der Behandlung, und zwar dann stattfinden, wenn:

Erstens das krankheitsbedingende, unbewußte Bedürfnis in langen Traumserien immer manifester wird und der Patient an der Schwelle der spontanen Bewußtwerdung stehen bleibt. In dieser Situation muß der Analytiker die aufzudeckenden Träume, insbesondere aber die dazugehörenden Einfälle, zusammenstellen, sie dem Patienten in toto vorlegen und ihn auffordern, die Konklusionen selber ziehen zu wollen. Ist er derzeit dazu noch unfähig, so setzt man die passive Technik so lange fort, bis das Material so groß und so aufdeckend wird, daß der Analysand dem zweiten oder dritten Durcharbeiten nicht mehr ausweichen kann. Eine frühzeitige massive Konfrontierung sub rosa «Durcharbeiten» versperert zumeist auf lange Zeit die Türe zu dieser unbekanntenen Region des Ubw.

Zweitens kann man das Material durch den Patienten erst dann aktiv durcharbeiten lassen, wenn die Übertragung bereits tragfest wurde (S. FREUD und S. FERENCZI).

Drittens, wenn in einer langen passiven Periode der Analysand durch selbstfabrizierte, immer neu aufgelegte Konstruktionen vor der Bewußtwerdung des wahren Bedürfnisses (Inzest-, Homosexualitäts-, Mordwünsche) ausweicht. Siehe Näheres im Kapitel XXV «Über das Durcharbeiten».

V. Der Analytiker soll seine eigenen Konstruktionen so spät wie möglich und erst dann dem Patienten mitteilen, wenn dieser sich selber und den Therapeuten mit Fehlkonstruktionen eine allzu lange Zeit in die Irre zu führen versucht.

VI. Auch mit den Aufgaben, Geboten und Verboten soll der Therapeut äußerst sparsam manövrieren (S. FERENCZI). Dabei ist auch hier die Tragfestigkeit der Übertragung eine *conditio sine qua non*. Nach unseren Erfahrungen wird die Anwendung der Verbote, Gebote und Aufgaben (S. FERENCZI) zumeist überflüssig, wenn die Widerstände und die Spannungen durch die Assoziationskette, insbesondere zu den gelieferten Einfällen, genügend hochsteigen. Die Aufforderungen zur Produktion von Gedanken, Phantasien und Träumen sollte man vermeiden.

VII. Niemals darf eine Analyse mit der aktiven Widerstandsanalyse (wie das von W. REICH gefordert wurde) beginnen. Ihr Zeitpunkt und ihre Technik wird im nächsten Kapitel ausführlich behandelt werden.

B. Richtlinien für die Behandlung der hereditären Ich- und Triebstörungen

I. Vorerst soll man auch hier dieselbe passive Technik anwenden wie bei den traumatisch erworbenen Neurosen. Dies um so mehr, da ja auch bei den hereditären Ich- und Triebstörungen die persönlich erlebten Traumata (Umweltschäden) die Erbstörungen teils auslösen, teils superdeterminieren und verstärken. Auch

das Durcharbeiten der erworbenen Störungen geschieht hier genau so wie bei den traumatischen Fällen.

II. Bei den hereditären Störungen kann aber die passive Technik nicht bis zu Ende der Behandlung aufrecht erhalten werden, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Hereditär ich-gestörte Patienten agieren oft sehr stark. Demzufolge wird die Einfallskette nicht durch das Erinnern geführt, sondern die Kranken agieren das, dessen sie sich assoziativ erinnern sollten. (Vergleiche hiezu den Fall 18.) Die Anwendung von Verboten nützt hier kaum etwas. Der Widerstand – um mit S. FREUD zu sprechen – stammt bei diesen Fällen aus dem Es, wir sagen aus dem familiären Ubw. Die Form des Agierens ist durch die zumeist unbewußte Ich-Abwehr der auf die Bühne drängenden kranken Ahnenfiguren bestimmt. Der Schicksalsanalytiker muß aber eben diese Ahnen auf die Bühne holen. Darum wird er genötigt, die Bewegungselemente des motorischen Agierens oder die Elemente der Gedanken, Phantasmen des Agierens als Reizworte – oft iterativ oder echolalisch – so lange zu exponieren, bis der Widerstand des Ubw gebrochen und der Wiederholungszwang aufgegeben wird. Wir sagen: das Agieren muß mit einem aktiven Gegenagieren bewußtgemacht, konfrontiert und danach gelöst werden. (Siehe weiteres im Kapitel XXIII über «Das Agieren».)

2. Das aktivste Hammerschlag-Assoziationsverfahren bzw. die Psychoschocktechnik muß dann angewendet werden, wenn eine Serie von Ahnenträumen es voraussagen, daß eine kranke Ahnenfigur die Heilung stört. (Siehe als Beispiel Fall 15.) Es wurde darauf hingewiesen, daß die Psychoschocktechnik nur in den seltenen Fällen mit der Gefahr einer tiefen Lochbildung, bzw. einer endgültigen Versandung der Analyse, und auch dann nur auf eine äußerst kurze Weile anzuwenden ist. Danach kehrt man zu der passiven Technik zurück. Niemals darf man das Hammerschlag-Assoziationsverfahren anwenden, bevor man nicht die passive Assoziationstechnik bis zur letzten Möglichkeit ausprobiert hat. Sparsamkeit mit dem Schockieren ist hier das leitende Prinzip. Allerdings muß man darauf achten, daß eine Bewußtseinsfähigmachung und Annahme einer latenten epileptischen, schiziformen, manisch-depressiven, kriminellen oder andersartigen Ahnenfigur nur dann möglich wird, wenn durch die Ahnenträume oder die Psychoschockwirkungen dieser verborgene Ahnenanspruch mehrmals auf der Couch erlebt wurde. Ein einmaliges Erleben genügt zumeist nicht.

III. In der Ich-Analyse, die zumeist erst am Ende der Behandlung die Stunden ausfüllt, soll man auch vorerst passiv vorgehen. Man muß hier so lange zurückhaltend sein, bis die Einfälle des Analysanden in einer Reihe von Träumen unmißverständlich darauf hinweisen, daß der Patient sich mit den elementaren Einzelfunktionen der Ichs-Umlaufbahn (d. h. mit den Projektionen oder Inflationen oder Introjektionen oder Negationen) spontan auseinandersetzen beginnt. Der Analytiker darf erst bei dem Durcharbeiten dieser Ich-Störungen aus der Passivität heraustreten. (Vgl. hiezu die Fälle 8, 15.)

IV. Obwohl wir in der Scha die Psychosynthese nicht «fordern», können wir doch der apodiktischen Stellungnahme S. FREUDS nicht beistimmen, daß nämlich die «Syntheseforderung eine gedankenlose Phrase» sei. Natürlich wäre es verfehlt, wenn der Analytiker in allen Fällen die Psychosynthese aktiv fordern würde. Das ist in der Tat ein Absurdum. Auch darin stimmen wir mit S. FREUD überein, daß bei der Behandlung von Übertragungs- bzw. traumatischen Neurosen die

Psychosynthese sich «automatisch und unausweichlich» – ohne unser Eingreifen – vollziehen kann. Aber vergessen wir nicht, daß bei den traumatischen Neurosen durch das Ich zumeist – wie dies von FREUD selber zugegeben wird – nur die abgespaltenen und abseitsgebundenen Triebregungen spontan eingefügt werden. Bei den hereditären Ich-Störungen sind aber nicht – oder nicht nur – gewisse Triebregungen abgespalten, sondern bestimmte Ich-Funktionen. Während bei den traumatischen Neurosen die Abwehrlehre anwendbar ist, müssen wir bei den hereditären Ich-Störungen stets die Spaltungslehre anwenden. Ausgefallene, abgespaltene Ich-Funktionen machen ja den Kern der Ich-Störungen aus. (Vgl. hiezu Kapitel XXXIII im dritten Teil.) Diese abgespaltenen Ich-Funktionen muß der Schicksalsanalytiker planmäßig aktiv wieder in das Ich-Leben einfügen, um die Störung im Ich wegzuschaffen. Spontan fügen sich diese abgespaltenen Ich-Funktionen selten oder nie in das Ich-Leben wieder ein. Nun ist aber jede Einschaltung von abgespaltenen Ich-Funktionen ein Stück Psychosynthese. Dazu kommen noch bestimmte – zwar seltene – Fälle, bei denen die Überbrückungstendenz aller Gegensätze, d. h. die Pontifextätigkeit des Ichs, spontan so stark in den Vordergrund der Analyse drängt, daß der Analytiker quasi vom Patienten gezwungen wird, auch diese höhere Ich-Funktion (die Partizipation mit dem Geist, die Integrations- und Transzendenzproblematik wie die Glaubensfunktion) aktiv durchzuarbeiten (Fall 15). Diese Tätigkeit aber ist wieder ein Stück Psychosynthese, nach A. MAEDER sogar das wichtigste¹.

*

Zum Schluß soll noch ein letzter Ratschlag für den Anfänger hier stehen. Jeder Richtungsstifter in der Tiefenpsychologie hat für seine «Gemeinde» einen «Dekalog» hinterlassen. Der Anfänger tut gut, wenn er über die Regeln, Gebote und Verbote seines Meisters betreffs der Behandlungstechnik Bescheid weiß. Als das wichtigste und dennoch in allen diesen «Gesetzestafeln» fehlende Gebot für die Therapie erachten wir aber das folgende: «Du sollst die Liebe zu mir, zu meinen Geboten und Verboten niemals zum Schaden Deiner Kranken mißbrauchen.» Man soll also wagen, auch gegen die Regel die persönliche Intuition – falls diese in der Tat vorhanden ist – zugunsten der Kranken gelegentlich zu gebrauchen.

¹ MAEDER, A.: a) Psychosynthese. Psychagogik. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, 1960.
b) Studien über Kurzanalyse. Klett, Stuttgart, 1963.

TECHNIK DER WIDERSTANDSANALYSE

Kapitel XVIII

THEORIE, BESTIMMUNG VON ARTEN DES WIDERSTANDES IN DER PSYCHOANALYSE

1. *Der Gegenwille als Widerstand*

Die therapeutische Aufgabe der Psychoanalyse hat S. FREUD bekanntlich in zwei Richtungen umschrieben: 1. das Bewußtmachen des Verdrängten; 2. die Aufdeckung der Widerstände¹. Erstaunlich früh erkannte FREUD, daß «*das wesentliche Stück der Heilungsarbeit in der Überwindung dieser Widerstände besteht* und daß ohne diese Leistung eine dauerhafte seelische Veränderung des Patienten nicht erzielt werden kann»².

Acht Jahre vor der Erscheinung der Traumdeutung, also noch vor der eigentlichen Geburt der Psychoanalyse (1900), zu einer Zeit, in der FREUD noch die Hypnose als Heilmittel angewendet hat, entstanden die ersten Gedankengänge, welche im Keime die späteren Begriffe des Widerstandes und der Gegenbesetzung bereits innehatten. Schon 1892 gab FREUD einer Arbeit «Ein Fall von hypnotischer Heilung» den Untertitel: «*Nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den Gegenwillen*»³. In dieser Schrift handelt es sich um eine Mutter, die ihr Neugeborenes und sich selbst nicht zu nähren vermochte und die von FREUD mittels Hypnose geheilt wurde. Im theoretischen Teil dieser Arbeit erörtert FREUD *die Rolle des Gegensatzpaares von Wille und Gegenwille, von Willensvorstellung als Vorsatz und Kontrastvorstellung als Gegensatz, von Erwartung und Gegen-erwartung in der Entstehung der hysterischen Symptome*. FREUD kommt zu der Annahme, daß sich bei der Hysterie «*peinliche Kontrastvorstellungen*» sozusagen als «*Gegenwille*» etablieren können. Er erachtete als exquisit hysterisch den Mechanismus, «*daß sich diese gehemmte Kontrastvorstellung, wenn es zur Ausführung des Vorsatzes kommen soll, mit derselben Leichtigkeit durch Innervation des Körpers objektiviert wie im normalen Zustande die Willensvorstellung*». In derselben Arbeit erwähnt FREUD noch einen anderen Fall, den einer Frau mit einem hysterischen Tick (Schmalzen), bei dem er zum erstenmal die Gelegenheit hatte, «*die Entstehung hysterischer Symptome durch die Objektivierung der peinlichen Kontrastvorstellung, durch den Gegenwillen zu erfassen*»⁴.

¹ FREUD, S.: Wege der psychoanalytischen Therapie. Ges. Schr. Bd. VI, S. 140.

² FREUD, S.: Psychoanalyse und Libidotheorie. Ges. Schr. XI, S. 215.

³ FREUD, S.: Ein Fall von hypnotischer Heilung. Zuerst erschienen im I. Jg. der «Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionenlehre u. verwandte psych. Forschungen». Berlin, 1892-1893. Ges. Schr. Bd. I, S. 258.

⁴ Ebenda: S. 268.

Eine Fußnote zu der erwähnten Arbeit beweist, daß FREUD schon 1892 in der Objektivierung des Gegenwillens eine ubiquitäre Erscheinung vermutete, deren Erforschung er im Rahmen der Norm für lohnend erachtete¹.

Aus dem ursprünglichen Mechanismus der Objektivierung des Gegenwillens hat FREUD allmählich die *Theorie des Widerstandes und der Gegenbesetzung* entwickelt.

Diese Behauptung wird durch die später erfolgte Definition des Widerstandes aus dem Jahre 1926 bestärkt. Aus der kontinuierlichen Natur des Triebes folgt – schreibt FREUD – «die Anforderung an das Ich, seine Abwehrreaktion durch einen Daueraufwand zu sichern. Diese Aktion zum Schutz der Verdrängung ist es, die wir bei der therapeutischen Bemühung als *Widerstand* verspüren. Widerstand setzt das voraus, was ich als *Gegenbesetzung* bezeichne habe»². Aus dieser Äußerung ist es nicht schwer, die historische Tatsache zu ergründen, daß FREUD aus dem voranalytischen Begriff des Gegenwillens den späteren katexochen psychoanalytischen Begriff der Gegenbesetzung gesetzt hat.

2. *Gegenbesetzung als Vorbedingung des Widerstandes*

Diese Feststellung wird von FREUD auch damit bekräftigt, daß er die Nachträge zu seiner Schrift «Hemmung, Symptom und Angst» (1926) mit dem Kapitel «Widerstand und Gegenbesetzung» beginnt³:

Widerstand ist der Schutz der Verdrängung gegen die Bewußtwerdung.

Gegenbesetzung ist der Daueraufwand des Ichs gegenüber der Wiederkehr der Triebgefahr.

Das Gemeinsame in diesen zwei Begriffen ist die *Sicherungs- und Schutzfähigkeit des Ichs gegen irgendeine Triebgefahr*. Den Unterschied läßt FREUD darin vermuten, daß er bei der Gegenbesetzung die inneren *Ich-Veränderungen* und die *Ich-Einschränkung gegen äußere Wahrnehmungen* als einen Daueraufwand, d. h. als eine *Dauerversicherung* betont, die dem *Widerstand vorausgehen*. Er sagt: «Widerstand setzt das voraus, was ich als Gegenbesetzung bezeichne habe⁴.» Das Ich muß sich demnach *vorherst* verändern oder seine Aufnahmefunktionen gegen bestimmte äußere Wahrnehmungen einschränken, um einen Daueraufwand gegen die Bewußtmachung, d. h. um seine Abwehrtätigkeit auf die Dauer ausüben zu können. *Ohne Ich-Veränderung oder Ich-Einschränkung, also ohne Gegenbesetzung, gelingt dem Ich die Dauerabwehr nicht, und es gibt auch keinen Widerstand.*

Bei der Zwangsneurose erscheint bekannterweise die Ich-Veränderung als die klinisch leicht feststellbare *Reaktionsbildung* im Ich. Diese verstärkt im Ich eben jene Einstellungen, welche zu den verdrängten Triebansprüchen gegensätzlich gerichtet sind. Der Zwangsneurotiker baut ja in seinen Charakter Mitleid, Gewissenhaftigkeit, peinliche Reinlichkeit ein und verdrängt die gegensätzliche Triebrichtung, d. h. die der Grausamkeit, Gewissenlosigkeit und Analität. FREUD betont aber auch bei beiden Formen der Hysterie (Phobie und Konversionshysterie) die Anwesenheit der Gegenbesetzung als *Vorbedingung des Widerstandes*. Nur

¹ Ebenda: S. 272, Fußnote.

² FREUD, S.: Nachtrag zur Arbeit «Hemmung, Symptom und Angst». Ges. Schr. Bd. XI, S. 99.

³ FREUD, S.: Ebenda, S. 99.

⁴ FREUD, S.: Ebenda, S. 99–100.

ist bei der Hysterie die Gegenbesetzung nicht – wie bei der Zwangsneurose – eine innere Ich-Veränderung, sondern eine *Ich-Einschränkung* gegen äußere Wahrnehmungen. Das heißt: «Die hysterische Gegenbesetzung ist nun vorzugsweise *nach außen gegen gefährliche Wahrnehmungen gerichtet; sie nimmt die Form einer besonderen Wachsamkeit an, die durch Ich-Einschränkungen Situationen vermeidet, in denen die Wahrnehmung auftreten müßte und die es zustande bringt, dieser Wahrnehmung die Aufmerksamkeit zu entziehen, wenn sie doch aufgetaucht ist*¹.» (Skotomisation nach LAFORGUE.)

*

Die Aussagen FREUDS über den Widerstand können somit in folgenden fünf Thesen zusammengefaßt werden:

I. Der Widerstand, den wir in der Analyse zu überwinden haben, wird vom Ich geleistet, das an seinen Gegenbesetzungen festhält².

II. Der Widerstand setzt die Gegenbesetzung voraus. *Ohne Gegenbesetzung gibt es keinen Widerstand*. Bei der Zwangsneurose fußt die Gegenbesetzung auf einer inneren Ich- und Charakterveränderung (Reaktionsbildung), bei der Hysterie vorzugsweise auf einer *Ich-Einschränkung* gegen äußere Wahrnehmungen (Skotomisierung). *Die innere und äußere Gegenbesetzung im Ich ist somit die Voraussetzung des Widerstandes in der Analyse*.

III. *Die Analyse hat die Aufgabe, die Widerstände und die Gegenbesetzungen bewußt zu machen und zu überwinden*. Diese Überwindung ist die wesentliche Leistung der Behandlung, die allein für die Dauerhaftigkeit der Genesung bürgt.

IV. Die Aufdeckung der Widerstände und der Gegenbesetzung liefert dem Therapeuten das wichtigste Material aus der Vergangenheit der Kranken; denn die Widerstandsanalyse deckt ja auch einerseits die Geschichte der inneren Ich-Veränderungen, Charaktereinstellungen, Reaktionsbildungen (Zwangsneurose), anderseits die Ich-Einschränkungen gegen äußere Wahrnehmungen (Hysterie) auf. Somit wird die Widerstandsanalyse zur besten Stütze der Analyse.

V. *Der Widerstand gegen die Ablösung des Patienten von seinen Symptomen wurde zur Grundlage der dynamischen Auffassung der Neurose*³. Bei der Symptomablösung rekonstruiert sich das, was bei der Symptomentstehung vor sich gegangen ist. Der Widerstand weist auf den krankmachenden Vorgang hin, den FREUD *Verdrängung* nennt. *Verdrängung ist ja jener Vorgang, durch den ein bewußtseinsfähiger Akt unbewußt wird*⁴. Aus diesen Bestimmungen der Vorgänge von Verdrängung und Widerstand ist zu erklären, daß erst 1926, in welchem Jahre FREUD die führenden Begriffe der Psychoanalyse einer Revision unterzogen hat⁵, er auch seine frühere Auffassung über die Quellen und Formen des Widerstandes korrigierte.

3. Die fünf Arten des Widerstandes

Der Widerstand entsteht aus drei Quellen: A. aus dem *Ich*, B. aus dem *Es* und C. aus dem *Über-Ich*.

¹ Ebenda: S. 100–101.

² Ebenda, S. 101.

³ FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Widerstand und Verdrängung. Ges. Schr. Bd. VII, S. 302.

⁴ Ebenda: S. 354

⁵ FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schr. Bd. XI, S. 23–115.

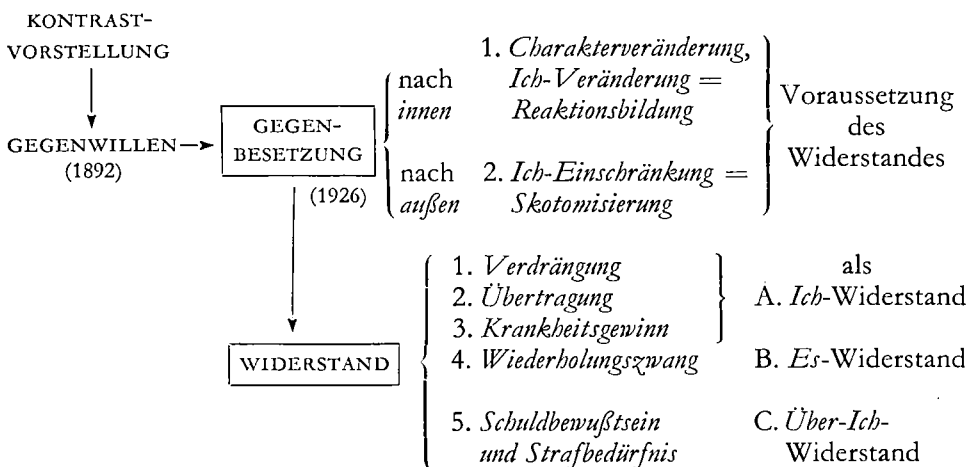
A. Die Formen des Ich-Widerstandes sind: Verdrängungswiderstand (1), Übertragungswiderstand (2) und Krankheitsgewinn-Widerstand (3).

B. Es-Widerstand (4). Diese Art von Widerstand meldet sich in der Analyse als der Wiederholungszwang, der des öfteren nach Aufhebung des Ich-Widerstandes zur Macht gelangt. Es ist der Widerstand des Unbewußten und besteht in der «Anziehung der unbewußten Vorbilder auf den verdrängten Triebvorgang». Zur Überwindung des Es-Widerstandes empfiehlt FREUD das «Durcharbeiten», d. h. die Phase derjenigen anstrengenden Bemühung, welche dann notwendig wird, wenn das Ich – trotz den besten Vorsätzen, die Widerstände aufzugeben – immer noch Schwierigkeiten hat, die Verdrängungen rückgängig zu machen¹.

C. Der Über-Ich-Widerstand (5) entstammt nach FREUDS Vermutung dem Schuldbewußtsein und Strafbedürfnis. Diese Art des Widerstandes ist die dunkelste. Sie wurde von FREUD zuletzt erkannt und kann – unter Umständen – die Genesung völlig in Frage stellen.

*

Tab. 5. Schema der Entstehung der Arten des Widerstandes nach FREUD



Kapitel XIX

VERDRÄNGUNG ALS WIDERSTAND

Es wurde bereits erwähnt, daß S. FREUD die Erforschung des Gegenwillens, der sogenannten «peinlichen Kontrastvorstellungen», im Rahmen der Norm schon 1892 für lohnend erachtete². Als einen solchen Rahmen müssen wir an erster Stelle die *Träume* auffassen, die – unter Wirkung der Traumzensur – dem

¹ Ebenda: S. 102.

² FREUD, S.: Ein Fall von hypnotischer Heilung. Ges. Schr. Bd. I. S. 272. Fußnote.

latentem Traumgedanken bestimmte «*Veränderungen*» aufzwingen, welche auf die Ich- und Charakterveränderungen, ferner auf die Ich-Einschränkungen, kurz auf die Gegenbesetzungen des wachen Ichs, hinweisen. *Die Analyse der Traumarbeit ermöglicht, nicht nur die latenten Traumgedanken, sondern auch die besonderen, persönlichen Arten der Gegenbesetzungen im wachen Ich von Fall zu Fall aufzudecken.*

Man kann die Behauptung wagen, daß die sogenannte «*sekundäre Bearbeitung*» der Traumhalte für den Analytiker als ein sicheres Indiz für die Art der Gegenbesetzung im wachen Ich dienen kann. Das heißt: *Wie* die Traumzensur die verborgenen Traumgedanken verstellt, *so* ist auch die Art der Veränderung des wachen Ichs, also die Art der Gegenbesetzung. Trägt z. B. der Charakter – kraft der Gegenbesetzung – eine heuchlerische Note, so werden des öfteren auch die latenten Traumgedanken in heuchlerischer Weise von der Traumzensur *entstellt*. Bei hysterischen Kranken finden wir durch die sekundäre Bearbeitung in den manifesten Traumhalten Züge, welche auf die Einschränkung, Skotomisierung des äußeren Wahrnehmungsfeldes im wachen Ich hinweisen.

Folgende Beispiele demonstrieren das Gesagte. Aus der Analyse des Falles 8 stammt dieser Traum: Der 34jährige Musiker, ein anscheinend gläubiger Christ, der sich wegen einer *Charakterneurose* einer Analyse unterworfen hat, bringt in der 80. Stunde folgenden Traum:

«Ich höre von Judenerschießungen, die oben beim Kantonsspital stattfänden. Ich gehe hinauf. Dort ist ein Schützengraben aufgeworfen. Darin stehen Soldaten, angeführt von einem ekligen Unteroffizier. Noch andere Leute schauen zu. Eben bringt man einen Lastwagen voller Frauen; ganz kleine Kinder sind dabei.

Mich erfaßt eine unbändige Wut. Ich trete zwischen die Soldaten und die Judenfrauen und schreie den kommandierenden Unteroffizier an, der bis anhin nachlässig eine Zigarette rauchte: ‚Ihr elenden Feiglinge: sogar Kinder mordet ihr hin. Ihr handelt gegen die Bundesverfassung, das Strafgesetzbuch hilft euch nichts, es ist gegen euch. Ist das menschenmöglich, Anno 1958, 13 Jahre nach dem Krieg. Ich werde alles haarklein in die Zeitung schreiben. Kommt ihr kleinen Kinder, kommt mit mir!‘ Vier Kinder treten zu mir, einige Mütter wollen die Kleinen auch zu mir schicken, aber die Kleinen wollen ihre Mütter nicht verlassen. Die Soldaten wagen nicht einzuschreiten. Das ganze Volk ist mucksstill. Ich gehe mit den Kindern weg. Beim Verlassen des Hauses (Szenenwechsel) höre ich noch die Schüsse der Füsilierung.»

*

Auf Grund des manifesten Traum Inhaltes würde man zu der Annahme geneigt sein, daß der Träumer ein hochhumanisierter, christlich denkender und handelnder Mensch sei. Seine Einfälle zu diesem Traum überzeugen uns vom Gegenteil. Ich bringe einige Zitate aus dem Protokoll:

Ich: «Juden-Erschießung.»

Er: «Ich bin ein Antisemit. Hege Mißtrauen und Skepsis gegenüber dem Sabbathgesetz, den jüdischen Riten überhaupt, all dies ist ja verrückt. . . Ich hasse die Juden wegen ihrer Klebrigkeit, Hypergeschäftigkeit, Schnuddrigkeit . . . Ich habe auch Befürchtungen Ihnen (das heißt dem jüdischen Analytiker) gegenüber; ob Sie nicht auch stur sein könnten? Ich dachte an FREUD, der war ja auch sturköpfig . . . Meine Gefühle Ihnen gegenüber waren auch antisemitisch gefärbt. Sie sind ein Sanjud . . . Sie sind für Geld käuflich . . . Sie rauben mich mit Ihrem Honorar aus – trotzdem ich freiwillig zu Ihnen kam . . . Auch der Neid auf den Wohlstand der Juden spielt dabei eine Rolle . . .»

Ich exponiere das Wort: «Schützengraben.»

Er: «Schwarze Spinne, Chirurgie, Penisoperation. Ich las über einen Patienten,

dem der Chirurg – wegen eines bösartigen Geschwürs – das Glied wegoperiert hat. Nachher hat dieser Patient den Chirurgen erschossen . . . er kam lebenslänglich ins Gefängnis¹.»

Ich: «Ein Lastwagen voller Frauen.»

Er: «Ich glaube, daß ich in meinen früheren Onaniephantasien mich als Konzentrationslagersoldat gegenüber jüdischen deportierten Frauen vorstellte, die mir sexuell völlig ausgeliefert wären. Der eklige Unteroffizier im Traum könnte ich selber sein!»

Ich: «Ganz kleine Kinder sind dabei; ich sage: ,kommt, ihr kleinen Kinder, kommt mit mir!«

Er: «Mich erfaßt oft eine unbändige Wut gegen meine eigenen Kinder, gegen meine Frau und meine Mutter. Es sind Mordgedanken . . . Im Hintergrund habe ich das Bedürfnis, besser zu sein und zu scheinen, als ich bin. Dies ist verbunden mit dem Gedanken: Was denken Sie (der Analytiker) von mir? Die Tötungsgedanken meines Sohnes mir gegenüber fallen mir jetzt ein. Die Judenerschießungen sind meine eigenen Gedanken, die ich nicht ausgelegt habe.»

*

Der Träumer benimmt sich im Leben gegenüber Autoritätspersonen tatsächlich *heuchlerisch, charmant*; er ist elastisch wie ein Gummiball, ständig schleimig-klebrig und kriechend, untertänig, ein sacharinsüßsprechender, schwammig-weicher Mann, der wie ein fasziniertes Kleinkind gehorsam ist. Menschenkener spüren bei ihm sofort das Betrügerische, Heuchlerische in seinem Charakter und werden von ihm abgestoßen. Er kam eben deswegen in die Analyse, um im Auftreten und Handeln männlicher zu werden. Die Analyse deckte seine verdrängten Kainsansprüche und die konsekutive Ich-Veränderung, seinen Charakterpanzer, auf. Die *Heuchelei* ist bei ihm eine Schutzvorrichtung zur *Dauerabwehr seiner verborgenen kainitisch tötenden Gesinnung*, in deren Entstehungsgeschichte die verdrängte Inzestliebe zur Mutter und die Haßbeziehung zu den Brüdern stand. Neid und Eifersucht, Rache und Tötungswunsch sind seine periodisch einbrechenden Ansprüche.

Mit der Darstellung dieses Traumes versuchten wir einerseits ein Beispiel des Verdrängungswiderstandes zu geben, andererseits zu schildern, daß man aus dem Verhalten der Patienten in bestimmten Traumsituationen auf ihre persönliche Art der Charakterveränderung, der Gegenbesetzung, Schlüsse zu ziehen vermag. Die Diskrepanz zwischen dem manifesten Verhalten im Traum und den Einfällen ermöglicht uns, die Entstehung des Charakterwiderstandes aufzudecken.

Aufdeckung der Gegenbesetzung durch die Wahl der Traum Inhalte

Die *Richtung* des Widerstandes hängt des öfteren – vielleicht sogar ständig – von der Art der verdrängten Bedürfnisse und Vorstellungen ab. Bestimmte Neurotiker verdrängen ihre homosexuellen Ansprüche, andere hingegen ihre Inzestliebe zu einem Elternteil. Dementsprechend verändert sich das Ich (und auch der Charakter) bei diesen zwei Gruppen verschieden. Diejenigen, welche an erster

¹ Es gibt eine psychoanalytische Auffassung, nach der der innere Quell des Antisemitismus die Konzentrationsangst wäre (I. HERMANN).

Stelle ihre homoerotischen Ansprüche verdrängen, verändern ihren Charakter in der Richtung der *Über-Männlichkeit*; sie reiten und fechten gerne, sie lieben den Militärdienst, kleiden sich übertrieben männlich, tragen breite Schulterpolster, saloppe Anzüge, Reithosen oft auch zur Arbeitszeit, und in adäquater Weise stets auch die Peitsche mit sich. Die Ich-Veränderung entspricht hier – im besonderen zu Beginn der Analyse – der sekundären Umstellung der verdrängten Homosexualität. Die Traumzensur läßt die *aggressiven brutalen Traum inhalte* durch, hingegen werden die homoerotischen Traumgedanken abgelehnt¹. Ganz anders funktioniert die Traumzensur bei denjenigen, welche die *kainitische Gesinnung verdrängen* und sich gegen die Wiederkehr der Kainsansprüche wehren². Bei dieser Gruppe von Charakterneurosen liefern die Patienten des öfteren homoerotische Traum inhalte und zu Beginn fast nie Inzestträume mit Tötungsansprüchen gegenüber einem Elternteil oder den Geschwistern.

Die Art, wie die Traumzensur die Traum inhalte am Anfang der Analyse auswählt, ist für den Analytiker ein verlässliches Indiz für die Art der Gegenbesetzung gegenüber bestimmten verdrängten Triebregungen. Wir haben die Regel aufgestellt, daß Patienten, welche zu Beginn der Behandlung Inzestträume bringen, des öfteren die homosexuellen Bedürfnisse verdrängen. Dagegen liefern die Kainsverberger nicht selten homosexuelle Träume, und ihre Traumzensur – im besonderen auch die Zensur der Einfälle – ist unbiegsam streng gegenüber den Tötungsinhalten. Diese Analysanden sprechen dagegen ohne Hemmungen über ihre homoerotischen Regungen, auch wenn sie *niemals* manifeste gleichgeschlechtliche Beziehungen pflegten. Wir geben nun zwei Traumbeispiele aus der Analyse des Falles 8.

Das erste Traumbeispiel ist von homosexueller Prägung und stammt also von dem erwähnten 34jährigen Musiker, der den Traum über die Erschießung der Juden geliefert hat. Er sprach ohne Hemmungen über seine manifesten homosexuellen Beziehungen vor der Ehe. Auch in der Analyse lieferte er ganze Serien von Träumen mit homosexuellen Inhalten. Erst im achten Monat seiner Analyse ließ die Traumzensur seine *zentrale* Problematik, den Wunsch, mit der Mutter zu schlafen, durch. Der homosexuelle Traum lautet:

«Wir müssen im WK einen Bahnübergang stürmen. Dort haben sich Abteilungen einer Rekrutenschule so gut verschanzt, daß wir sie gar nicht nehmen können. Wir sprechen noch mit den Rekruten und loben ihre gute Ausbildung. Ich steige in den Zug. Vis-à-vis sitzt T. B. Ich reize ihn an den Brustwarzen. Immer wieder muß er durchs Fenster Auskunft geben, wie die Manöver gewesen sind. Dann kann ich ihn nicht weiter reizen, weil man uns von außen beobachten könnte. Weil er leise spricht, heiße ich ihn, lauter zu sprechen.»

Sowohl im Traum wie in der Besprechung des Traumes leistet der Analysand gegen die Annahme der Homosexualität keinen Widerstand. Ganz anders reagierte er hingegen auf den bedeutend später gelieferten Inzesttraum:

Zweites Traumbeispiel:

«Meine Frau, Frau X, eine ältere Frau, unser Gast und ich sind in R. Wir liegen im Gras, und ich treibe mit meiner Frau crotische Spiele. Dann frage ich meine Frau, ob sie etwas dagegen habe, wenn ich auch mit Frau X spiele. Sie lacht belustigt, Frau X zielt sich leicht. Nach einiger Zeit gehen wir in die Wohnung, *legen uns in Mutters Ehebetten* und führen das Spiel weiter. Ich lutsche Frau X an ihrer Brust – die leicht widerstrebt. Ich mußte sie förmlich erobern – und schmuse zugleich mit meiner Frau.»

¹ Siehe die Träume im Fall 3.

² Siehe Fall 8.

Die Inzestansprüche auf die Mutter sind im Trauminhalt durchgebrochen. Dennoch leistet der Patient in der Deutung unerwartete Widerstände. Wir zitieren aus dem Protokoll:

«Ich gebe zu, daß meine Mutter auf ihre Söhne Ansprüche hatte, meine Ansprüche auf die Mutter kann ich aber nicht annehmen, nicht nachfühlen. Sie sind mir fremd – vielleicht weil ich sie verdränge.» Oder:

«Irgendwie wehrt man sich gegen das Sprengen dieser Liebe . . . Bei der Analyse der homosexuellen Träume gelang es mir, diese Affekte zu fühlen. Bei diesem Traum (Inzesttraum) weiß ich nicht, auf was ich verzichten soll.» Noch weiter sagt er:

«Bei einem anderen würde ich all das (über Inzestliebe) annehmen. Aber bei mir selbst erfasse ich gefühlsmäßig die Situation nicht. Ich kann die direkte Zielrichtung auf die Mutter nicht einsehen. Zudem kann ich mich innerlich nicht bekennen, weil ich ja diese Ansprüche nicht fühle, wie z. B. die homosexuellen. Stellungnahme heißt ja: ich anerkenne dieses Bedürfnis in mir. Aber eben dies fehlt mir noch. Ich bin ja meist in Opposition zu Mutter; wie soll demnach in mir ein solches Bedürfnis wachwerden können?»

*

Diese zwei Beispiele, die wir aus einer großen Traumsammlung auswählten, sollen auf folgende Erfahrungen kurz hinweisen:

Erstens, daß in dem verdrängten Stück des Ubw die verschiedenen Triebbedürfnisse eine individuell variable Hierarchie aufweisen, welche die Rangordnung und die Tiefe der Verdrängungen bestimmt.

Zweitens scheint sich auch die Traumzensur nach dieser Hierarchie zu verhalten, d. h. sie läßt zuerst diejenigen manifesten Traumhalte durch, die der Träumer auch *im wachen Zustand leichter zugibt*. Aber eben diese Annahme bestimmter verpönter Triebansprüche ist ein Signal dafür, daß in der Tiefe des Ubw auch andersartige Triebansprüche verdrängt liegen, gegen die die Person die stärksten Widerstände leistet.

Zum Vorgang des Verdrängungswiderstandes bemerkt FREUD noch, daß hier die Partnerbildung sich quasi umkehrt. Während das Ich der Neurotiker sich vor der Behandlung gegen das Ubw sträubt, lehnt es sich in der Widerstandsanalyse gegen den Analytiker auf. Das Ubw hingegen, das bis dahin als Hauptgegner des Analytikers fungierte, leistet ihm nun bei der Widerstandsanalyse dadurch eine besondere Hilfe, daß es bis zum Bewußtsein vorzudrängen wagt. Die Überwindung der Verdrängung geschieht unter der aktiven Leitung des Analytikers. Das Gelingen der Widerstandsüberwindung kann sich auf zwei verschiedenen Wegen vollziehen. Erstens durch die endgültige Annahme, zweitens durch das endgültige Verwerfen des verpönten Triebanspruches. In beiden Fällen wird der bisherige Daueraufwand der Ich-Kräfte überflüssig und der Umfang des Ichs – und somit seine Stärke – erweitert¹.

¹ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XII, S. 104–105.

ÜBERTRAGUNG ALS WIDERSTAND

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

I. Übertragungsinhalte in der Psychoanalyse (S. FREUD)

Neben dem Begriff der Verdrängung spielt derjenige der Übertragung in der Psa sowohl theoretisch wie auch praktisch die zweitwichtigste Rolle. Es ist erstaunlich, wie früh S. FREUD das Phänomen der Übertragung mit ihren klinischen Formen und ihrer therapeutischen Wichtigkeit erkannt hat.

Schon in der mit JOSEPH BREUER zusammen (1895) herausgegebenen Arbeit «Studien über Hysterie»¹ faßt FREUD die Entstehung und die drei Arten der Störwirkungen der Übertragung folgenderweise zusammen: 1. Eine persönliche Entfremdung des Kranken kann entstehen, wenn er sich vom Arzt zurückgesetzt, geringgeschätzt, beleidigt glaubt oder Ungünstiges über den Arzt und die Behandlungsmethode erfährt. 2. Wenn der Kranke von der Furcht ergriffen wird, er gewöhne sich zu sehr an die Person des Arztes und könnte somit seine Selbständigkeit ihm gegenüber verlieren, ja sogar in eine sexuelle Abhängigkeit von ihm geraten. 3. Wenn der Kranke davor zurückschreckt, daß er bestimmte Inhalte der in der Analyse auftauchenden peinlichen Vorstellungen auf die Person des Arztes übertragen könnte.

Bereits zu jener Zeit behauptete FREUD, daß die Übertragung durch eine «falsche Verknüpfung» als eine «Mesalliance» zustande kommt², und daß man keine Analyse zu Ende zu führen vermag, «wenn man dem Widerstande, der sich aus diesen drei Vorfällen ergibt, nicht zu begegnen weiß»³. FREUD schreibt: «Ich war anfangs über diese Vermehrung meiner psychischen Arbeit recht ungehalten, bis ich das Gesetzmäßige des ganzen Vorganges einsehen lernte, und dann merkte ich auch, daß durch solche Übertragung keine erhebliche Mehrleistung geschaffen sei . . . Die Kranken lernten auch allmählich einsehen, daß es sich bei solchen Übertragungen auf die Person des Arztes um einen Zwang und um eine Täuschung handle, die mit Beendigung der Analyse zerfließe. Ich meine aber, wenn ich versäumt hätte, ihnen die Natur des ‚Hindernisses‘ klar zu machen, hätte ich ihnen einfach ein neues hysterisches Symptom, wenn auch ein mildereres, für ein anderes, spontan entwickeltes, substituiert⁴.» Später gab FREUD diesem neuen hysterischen Symptom den Namen «Übertragungsneurose» und bezeichnete damit die Situation, in der der Kranke sich weigert, gesund zu werden, da er ja dann die Beziehung zum Arzt verlieren würde.

In einer späteren Arbeit, 1923, schreibt FREUD: «Wenn es noch eines weiteren Beweises für den Satz bedürfte, daß die Triebkräfte der neurotischen Symptombildung sexueller Natur sind, so würde er in der Tatsache gefunden werden, daß

¹ BREUER, J. und FREUD, S.: Studien über Hysterie. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1895. Ges. Schr. Bd. I, S. 3–238.

² Ebenda: S. 234–235.

³ Ebenda: S. 235.

⁴ Ebenda: S. 234–237.

sich regelmäßig während der analytischen Behandlung eine besondere Gefühlsbeziehung des Patienten zum Arzt herstellt, welche weit über das rationale Maß hinausgeht, von der zärtlichsten Hingebung bis zur hartnäckigsten Feindseligkeit variiert, und alle ihre Eigentümlichkeiten früheren, unbewußt gewordenen Liebes-einstellungen des Patienten entlehnt. Diese Übertragung, welche sowohl in ihrer positiven wie in ihrer negativen Form in den Dienst des Widerstandes tritt, wird in den Händen des Arztes zum mächtigsten Hilfsmittel der Behandlung und spielt in der Dynamik des Heilungsvorganges eine kaum zu überschätzende Rolle¹.»

Jede Übertragung trägt die Note der alten Ambivalenz der einstigen Elternbeziehung. Der Analysierte erblickt im Therapeuten die «Reinkarnation» einer wichtigen Person aus seiner kindlichen Vergangenheit. Gefühle und Reaktionen werden auf den Analytiker übertragen, die einst den Vorbildern der Eltern gegolten haben².

FREUD betont, daß bei der positiven Übertragung der Patient aus Liebe zum Arzt stets nur anscheinend gesund wird und daß er seine Symptome nur deshalb aufgibt, um die Liebe des Therapeuten zu erlangen. In der Tat bleibt er aber weiter krank. Die tiefe Wahrheit dieser Behauptung mußte ich als junger Psychotherapeut und Assistent einer Klinik durch eine Enttäuschung und Kränkung erleben.

Fall 16. Beispiel zur Scheinheilung und Scheinübertragung. Eine etwa 30jährige Lehrerin in Ungarn wurde mir wegen Zwangshandlungen in der Klinik zur Psychotherapie anvertraut. Sie litt an einem äußerst kostspieligen Zwang. Sie mußte von allem, was sie kaufte, stets neun Stück auf einmal kaufen, so z. B. neun Zeitungen derselben Ausgabe, neun Semmeln, Brote, Seifen usf. Ein Bruder der Patientin, ein bekannter Schriftsteller, litt an Größen- und Prozessierwahn. Auch unsere begabte Patientin versuchte ihr Glück mit der Literatur, sie hatte aber wenig Erfolg. Als Anfänger in der analytischen Psychotherapie habe ich mich mit voller Hingabe eingesetzt und mich täglich mehrere Stunden hindurch der Patientin gewidmet. Nach mehreren Wochen wurde der Hintergrund ihres Wiederholungszwanges durch das Assoziationsverfahren auf das Wort «neun» schlagartig aufgeklärt. Die Abteilung für unruhige Geistesranke in der Heil- und Pflegeanstalt ihrer Heimatstadt trug nämlich die Abteilungsnummer: Neun. Die Patientin entwickelte die Katastrophenahnung, daß man sie einmal in dieser Abteilung Neun internieren würde. Nun hoffte sie, diese Gefahr dadurch abzuwehren, daß sie von allen Dingen neun Stück kaufte. Nach langem Durcharbeiten dieser Pathogenese gab sie in der Tat den «Neuner»-Zwang völlig auf. Mein Glück und Stolz dauerten leider nicht lange. Der Professor entließ sie von einem Tag auf den andern aus der Klinik, und nachdem alle Versuche der Patientin, wieder aufgenommen zu werden, mißglückten, erhielt ich von ihr einen Brief mit folgendem Inhalt: «Mein liebes Doktorlein, Sie glauben, daß Sie mich geheilt haben. Da irren Sie sich! Ich habe genau so starke Zwangsimpulse für Neun wie vorher. Ich habe aus Liebe zu Ihnen die Zwänge nur anscheinend aufgegeben, da ich Ihre Eitelkeit als ‚Heiler‘ befriedigen wollte. Sorgen Sie bitte um meine neuerliche Aufnahme in die Klinik, sonst . . .» Und da kam eine Drohung.

¹ FREUD, S.: «Psychoanalyse» und «Libidotheorie». Handwörterbuch für Sexualwissenschaft. Hg. von Max Marcuse in Marcus und Webers Verlag, Bonn, 1923. Ges. Schr. Bd. XI, S. 212–213.

² FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XII, S. 100.

Dieser Fall beweist nicht nur, daß der schwerste Zwangsneurotiker stets auch hysterische Symptome als Übertragungsneurose aufzuweisen vermag (S. FREUD); er war für mich auch eine abschreckende, wertvolle Warnung vor eitler Beurteilung frühzeitiger Heilerfolge und Übertragungsphänomene – für das ganze Leben.

FREUD schreibt: «Es ist kaum zu vermeiden, daß die positive Einstellung zum Analytiker eines Tages in die negative, feindselige umschlägt. Auch diese ist gewöhnlich eine Wiederholung der Vergangenheit. Die Gefügigkeit gegen den Vater (wenn es sich um ihn handelte), das Werben um seine Gunst wurzelten in einem erotischen, auf seine Person gerichteten Wunsch. Irgend einmal drängt sich dieser Anspruch auch in der Übertragung hervor und besteht auf Befriedigung. Er kann in der analytischen Situation nur auf Versagung stoßen . . . Solche Verschmähung wird zum Anlaß der Umwandlung genommen, wahrscheinlich ging dasselbe in der Kindheit des Patienten vor sich¹.»

FREUD erwähnt drei Vorteile der Übertragung. Der erste bezieht sich auf die Nacherziehung. Da der Patient den Analytiker an Stelle des Vaters oder der Mutter setzt, überträgt er die Macht des Über-Ichs auf ihn. Mit dieser Macht kann er nun Fehler korrigieren, die die Eltern in seiner Kindheit begangen haben. In bezug auf die Nacherziehung betont er aber, daß der Analytiker «bei allen Bemühungen, zu bessern und zu erziehen, die Eigenart des Patienten respektieren» soll². Ausschlaggebend im Maß der Beeinflussung muß stets der Grad der Entwicklungshemmung bleiben. Der zweite Vorteil der Übertragung ist, daß der Analysand durch die Art seines Verhaltens ein wichtiges Stück seiner Lebensgeschichte aufdeckt. Der dritte Vorteil scheint der wichtigste zu sein: Die Übertragung ruft Widerstände auf die Bühne, deren Überwindung das Hauptstück des Heilweges darstellt.

Die Regel der Widerstandsanalyse bei der Übertragung faßt FREUD in folgenden Vorschriften zusammen: Erstens: «Der Analytiker hat die Aufgabe, den Patienten jedesmal aus der gefahrdrohenden Illusion zu reißen, ihm immer wieder zu zeigen, daß es eine Spiegelung der Vergangenheit ist, was er für ein neues reales Leben hält³.» Zweitens muß der Analytiker dafür sorgen, daß weder die Verliebtheit noch die Feindseligkeit eine extreme Höhe erreiche. Drittens muß man prophylaktisch recht frühzeitig den Analysanden auf die Übertragungsmöglichkeit vorbereiten und schon die ersten Anzeichen beachten. Damit kann man dem Widerstand eine mächtige Waffe aus der Hand schlagen⁴. Somit wird aus der Gefahr ein Gewinn für die Behandlung, denn eben die Übertragungsergebnisse werden von den Patienten nie vergessen. Als leitendes Prinzip in der Übertragungs-Widerstandsanalyse soll die Mahnung gelten: «Solange nur die Mitteilungen und Einfälle des Patienten ohne Stockung erfolgen, lasse man das Thema der Übertragung unberührt⁵.» Eine große Gefahr der Übertragung ist das Agieren. Dieses Phänomen werden wir anläßlich der Es-Widerstände erörtern. Hier erwähnen wir es, weil das Agieren in unserem Beispiel zu den Übertragungswiderständen und ihrer Überwindung eine zentrale Rolle spielte.

¹ Ebenda: S. 101–102.

² Ebenda: S. 101.

³ Ebenda: S. 102.

⁴ Ebenda: S. 102.

⁵ FREUD, S.: Technik. Zur Einleitung der Behandlung. Ges. Schr. Bd. VI, S. 103.

Fall 17. Beispiel zum Durcharbeiten einer Übertragung. Eine im Leben sich äußerst still, ängstlich-gehemmt verhaltende Patientin agiert in der Stunde ihre massivsten Sadismen gegen mich. Sie will mich am Glied packen, in die Luft heben und mich – wie ein Spielzeug – im Kreis wirbeln lassen. Oder sie wünscht, daß man mich, diesen «verdammten Dreckjuden», vergasen sollte. Natürlich ließ ich die Patientin ihre autistischen Ansprüche eine lange Weile auf der Couch austoben und exponierte ihr erst danach der Reihe nach alle ihre Greuelansprüche, die sie gegen mich agierte. Ich forderte sie auf, zu diesen Sadismen zu assoziieren. Die Assoziationskette führte sie allmählich zu der verdrängten Inzestliebe und dem Inzesthaß gegenüber ihrem Vater, die sie nun auf mich übertragen hat. Ihre autistischen Sadismen waren die Folge dessen, daß ihr – so wie in der Kindheit – auch in der Analyse die native Befriedigung der Inzestliebe versagt wurde.

Dieses sadistische, gegen den Analytiker gerichtete Agieren hat sich in vielen Stunden wiederholt. In der 98. Stunde brachte die Patientin einen banalen Traum. Traum 158:

«Frau X kommt mit Mann und Kindern bei uns vorbei, bevor sie ins Spital fährt zur Geburt ihres dritten Kindes. Meine Mutter will ihr bequeme Schuhe, und zwar ein Paar von meinen Schuhen, mitgeben. Dann sage ich: ‚Diese Schuhe sind nicht günstig, mit denen kann man leicht ausglitschen.‘ Dann holt Mutter ein Paar von ihren Schuhen mit Gummisohlen. Sie fragt nach der Schuhnummer. Es stellt sich heraus, daß sie für Frau X groß genug sein werden. Bevor Frau X weggeht, umarmt und küßt sie mich, so, als ob wir uns nie mehr widersprechen würden. Sie fahren weg. Frau X winkt uns fast übertrieben zu. Von einem Fenster aus winken wir auch zurück. Dann will ich in ein anderes Zimmer gehen, von dessen Fenster ich die Straße noch weiter überblicken kann, gerate aber an ein Fenster, von dem man die Straße überhaupt nicht sieht. Ich rege mich auf und fürchte, Frau X wird es als schlechtes Vorzeichen für ihre Geburt aufnehmen. Sie fahren mit einem anderen Wagen weg, der ein *offenes Schiebedach* hat, nicht mit dem, mit dem sie zu uns führen.»

Nun die *Einfälle*: Zunächst fällt ihr ein, daß sie den Mann von Frau X als Kind (mit 10–12 Jahren) sehr liebte und heiraten wollte. Er hatte einen Wolfshund. Dazu fiel ihr das Märchen vom Wolf und den sieben Geißlein ein. Vom Geißlein eine junge Mutter in Holland, die mit einem Geißlein und ihrem Kind spielte und so lachte, wie die Analysierte noch nie jemand lachen hörte. Dieses Lachen blieb in ihr als Inbegriff der Lebenslust. Auf Lebenslust fällt ihr eine Kameradin ein, für die sie derzeit Sorge trägt. Probandin hat Angst, sie könnte Selbstmord begehen. Auf Selbstmord fällt ihr der homosexuelle Großonkel ein, der Selbstmord beging. Ich exponiere: «Lebenslust-Homosexualität-Selbstmord.» Da stellt sich eine lange Sperre in den Assoziationen ein. Dann exponiere ich: «Bequeme Schuhe.» Auf dieses Reizwort kommt wieder die bekannte Form ihres Agierens: *Sie möchte mich zu Tode trampeln.*

Nun sah ich die Zeit dafür gekommen, gegen das Agieren der Patientin mit einem Gegenagieren zu antworten. Als dessen Methode wählte ich *die Wiederholung desselben Wortes «zu Tode trampeln»*. Auf ihre Wiederholungszwänge reagierte ich auch mit hartnäckiger Wiederholung. *Elfmal* exponierte ich die Wörter «zu Tode trampeln». Die Patientin antwortete nicht. Nur einmal – nach der sechsten Wiederholung des Reizwortes – sagte sie: «Ich ärgere mich, wenn Vater nachts in der Wohnung trampelt.» Auf die nachfolgenden Wiederholungen blieb sie aber stumm. Endlich nach der elften Wiederholung bricht aus ihr affektiv folgendes heraus: «*Ich möchte Sie zu Tode trampeln aus meiner Wut wegen der unbefriedigten Sexualität.*» Nachdem dieses Geständnis draußen war, gingen ihre Einfälle flott weiter. Sie sagt zu mir: «Sie haben mir diesen bequemen Weg der Se-

xualität versperert . . . Ich habe mir gewünscht, mit Vater und Ihnen zu schlafen und auch mit jungen Männern. Sie aber raten es ab, und jetzt bin ich auf Sie wütend. Meine Wut war sehr groß! . . . Einmal wünschte ich mir von Ihnen ein Kind.» (Daher der Traum von der Geburt.) Auf das Reizwort «Mutters Schuhe mit Gummisohle» sagt sie: «Empfängnisverhütung», auf «Schuhnummer»: «Nummer des Gummipessariums.» «Ich glaube, ich stellte mir im Traum vor, daß *ich gravid bin . . .*»

Und nun kommt ein Geständnis, das uns klar zeigt, daß die Patientin das *Agieren mit der negativen Übertragung* nach 98 Stunden auf das Gegenagieren des Arztes hin endlich aufgegeben hat. Sie sagt sehr mild, fast zärtlich:

«Ich überlege: Was hat mir die Analyse bisher genützt? Ich komme zum Schluß: 1. Ich habe eine positive Einstellung zur Sexualität bekommen; 2. durch diese positive Einstellung zur Sexualität habe ich auch eine positive Einstellung zum Frau-Sein. Dies hatte ich vor der Analyse nicht. Früher wollte ich ein Mann mit Penis sein, hatte männliche Ansprüche auf die Kolleginnen. Das ist jetzt völlig abgeflaut. *Als ich die lesbischen Ansprüche hatte, nahm ich Großonkels Erbe sehr ernst und dachte daran, auch ich könnte Lesbierin und Selbstmörderin sein . . . Die Geburt im Traum ist die Geburt meiner Weiblichkeit im Traum. Das offene Schiebedach des Wagens mahnt mich, daß ich die Analyse mit Offenheit und positiver Übertragung weitermachen muß.*»

In den nächsten Stunden beginnt sie nun, sich *völlig spontan* mit der Frage der Übertragung auseinanderzusetzen und ihre Wiederholungszwänge in bezug auf das Agieren selber durchzuarbeiten. Wir bringen einige Auszüge aus dem Protokoll:

«Zunächst als ich in die Analyse kam, hatte ich nur eine kleinkindliche Liebe zu Ihnen. Ich spürte bei Ihnen Geborgenheit, bekam hier Liebe und gab sie zurück. Es war aber nur ein Sicherheitsgefühl . . . Dann kam die Liebe zu Herrn X, aber die andere zu Ihnen blieb. Dann habe ich spontan die Liebe zu X aufgegeben, weil die Analyse die Sexualität verstärkte. Die Stellungnahme meiner Mutter, daß nämlich Herr X noch zu jung ist, zwang mich, die Liebe zu ihm aufzugeben, und dann erst entwickelte sich die sexuelle Liebe – an Stelle von der zu X – zu Ihnen. In der Phantasie kamen nun Sie als Sexualpartner vor. In der Vorstellung war es ein zärtliches Hingeben auf der Couch, im Bett . . . Diese Phase dauerte von Anfang des Jahres bis zum Sommer. Inzwischen kehrte ich zeitweise in Gedanken zu X zurück. Dann aber bin ich mir dessen bewußt geworden, daß ich diese Inzestliebe zu Ihnen aufgeben muß und zwang mich dazu. *Ich hatte es einfach satt. Ich fühlte mich zur Inzestliebe zu alt.* In dem Grade wie ich von Ihnen los wurde, ging ich zu X zurück. Dann aber mußte ich auch bei X die Liebe abbremsen, weil der sexuelle Wunsch zu groß war. Ich war deswegen auf Sie wütend, wollte Sie umbringen, totschlagen, erwürgen, tottrampeln. Diese Phase dauerte etwa 2–3 Wochen. Ich lebte in diesen tödenden Phantasien. Dann sah ich, daß *Sie* sich abgekühlt benahmen, und so gingen die Tötungsgedanken zu Ende. *Die Wut hat sich in den Phantasien totgelaufen*, und nun stellte sich eine *neutrale* Phase ein. Diese dauerte etwa 14 Tage, und ich fühlte mich wohler. Dann aber begann über 2–3 Wochen hindurch wieder eine Phase der kindlichen Liebe zu Ihnen, und da stehe ich nun . . .» Danach bringt die Patientin diesen Traum:

«Ich lese oder erlebe folgendes: Herr X begleitet mich eines Abends nach Hause, und zwar an die F.straße. Wir fühlen uns dabei immer mehr von einem Mann bedroht, der uns auf der anderen Straßen-

seite stets auf der gleichen Höhe folgt. Auf dem letzten Teilstück der I.straße brennt ausgerechnet an diesem Abend kein Licht, so daß es stockfinster ist. In meiner Angst fasse ich nach Herrn Xs Arm, etwas wider Willen, weil meine Liebe zu ihm eigentlich zu Ende ist. Wir haben beide den Eindruck, der Mann nähere sich uns allmählich. Herr X flüstert etwas, aber so laut, daß ich fürchte, der andere könne es hören. Er führt mich so, daß ich zum Schluß überhaupt nicht mehr weiß, in welcher Richtung wir gehen. Dann läßt er mich los, und es ertönt ein fürchterliches Heulen, das sich immerzu steigert. In der Geschichte steht zu lesen, daß ein – von dem fremden Mann geschleudertes Geschosß beide Männer tötete. Ich gehe, immer noch angsterfüllt, nach Hause und treffe in unserer, mir aber fremden Wohnung zu meiner großen Erleichterung die Freundin Y. Ich fürchte, daß ich nach dieser Lektüre – oder diesem Geschehen – nicht sehr gut schlafen werde, entschieße mich aber trotzdem, das Ende der Geschichte noch einmal in der Zeitung nachzulesen, wo sie als *Fortsetzungsroman* erscheint.»

Dieser Traum gibt der Patientin die Möglichkeit, das spontan eingesetzte Durcharbeiten ihrer Übertragungs-Problematik fortzusetzen. Sie sagt:

«*Dieser Traum behandelt die Geschichte der Übertragung als Fortsetzungsroman. Der Traum sagt mir, ich muß abwarten, bis sowohl die Übertragungsliebe – der Mann, der mich auf der anderen Straßenseite bedroht und verfolgt, d. h. der Analytiker –, wie auch die neue Liebe, d. h. die Liebe zu Herrn X – in mir tot sind. Beide Männer werden getötet. Dann wird es mir gut gehen, so hoffe ich . . .*»

In den nachfolgenden Stunden setzt die Patientin das Durcharbeiten fort. Sie bringt den Traum 165:

«Auf dem Weg in die Analyse sehe ich T., der auf der Zürichbergstraße unterhalb der Dunantstraße mit seinem Roller ständig in einem Kreis herum vom Trottoir auf die Straße und wieder zurück fährt. Ich gehe noch ein paar Schritte über die Dunantstraße hinaus, um mit ihm einige Worte zu wechseln, und sehe nun rechts über einer etwa 2 Meter hohen Mauer im Garten *zwei junge graue Katzen, die – wie es scheint, unter den Augen ihrer Mutter – miteinander kämpfen*. Dahinter ist noch der oberste Teil des Hauses Dunantstraße 3 zu sehen, mit den offenen Fenstern von Dr. Szondis Wohnung. – Im gleichen Garten, zusammen mit Z. bei Einbruch der Dunkelheit. Unter einem Torbogen mit schmiedeisernem Tor stehend, höre ich Rufe aus dem Gartenhaus. Ich glaube, es sei die Stimme von Z., doch da ruft er mir von der anderen Seite her zu, ich sollte nicht darauf achten, es sei *Photograph G.*»

Zu diesem wichtigen Traum bemerkt die Patientin folgendes:

«Ich selbst kreiste in der Analyse in einem Kreis herum und konnte nicht vorwärtskommen. *Der Kampf der zwei Katzen steht für den Kampf in mir selber . . .* Es ist ein Kampf zwischen dem Ich und dem Leben. In mir kämpft der Tod mit dem Leben, im Traum der Kampf der zwei Katzen. Der Kampf spielt sich unter den Augen der Mutter ab. Das sind Sie, weil ja im Traum Ihre Fenster offen stehen . . . *Der Kampf begann in mir, als ich anfing darunter zu leiden, daß ich nicht beten kann . . .* Ich war etwa 15 Jahre alt, also noch vor der Konfirmation. Ich erlebte es so, daß ich Schillers ‚Maria Stuart‘ immer wieder las, vor allem die Stelle, wo sie vor der Hinrichtung betet. *Das zeigte mir, wieviel mir nun abgeht, daß ich nicht beten kann. Von da an hat es mir viel ausgemacht, daß ich nicht beten kann . . . Ich gab das Beten auf, weil ich so sein wollte, wie der Vater, und der war a-religiös. Das war aber ein Irrtum, weil ich später erfuhr, daß der Vater doch an Gott glaubt . . . Aber warum kann ich trotzdem nicht zurück zum Beten? Ich wollte darum so sein wie der Vater, damit er mich noch mehr liebte. Es war ein plötzliches Nichtbetenwollen am Silvesterabend. Ich habe das Beten damals bewußt aufgegeben . . . Ich wollte das neue Jahr nicht betend beginnen. Vorher nahm mich Vater oft auf den Schoß . . . Er wiegte mich jeweils wie ein kleines Kind . . . Dann wollte ich dies nicht mehr . . . Wenn ich nicht ‚Nein‘ gesagt hätte, dann hätte er es noch heute getan.»*

Darauf bemerkte ich: «Das Verzichten auf die Liebeleien mit dem Vater und das Nichtbetenwollen erscheinen somit zur gleichen Zeit in der Pubertät. Die beiden scheinen also zusammenzuhängen. Sie erzählten mir eigentlich drei Er-

scheinungen aus dieser Zeit. Erstens: Sie wollten nicht mehr im Schoß des Vaters sitzen. Zweitens: Sie wollten so sein wie der Vater, damit er Sie noch mehr liebt. Drittens: Sie wollten nicht beten, weil der Vater es auch nicht tut. Mir scheint, Sie stellten Gott an Stelle des Vaters. Und weil die Liebe zum Vater inzestuös war, wurde auch die Liebe zu Gott, also das Beten, erotisch gefärbt. Und darum *wollten* Sie nicht mehr beten.»

Darauf sagt die Patientin:

«Ja, so war es. Als ich dann später beten wollte, konnte ich nicht mehr. *An Stelle des Nichtbetenvollens stellte sich nun das Nichtbetenkönnen ein.*»

Nun war die Zeit da, daß ich das spontane Durcharbeiten der Patientin mit einer *dialogisch geführten Ich-Analyse* ergänzte. Als Signal diente mir das Wort «*Photograph*» im Traum, das meiner Erfahrung nach fast immer die Bereitschaft des Patienten zur Introjektion des Analytikers ankündigt. Darum sagte ich der Patientin folgendes:

«*Der erste Fehler*, den Sie in der Pubertät unbewußt begangen haben, war, daß Sie von Ihrem Vater ein falsches Bild introjizierten. Sie glaubten, Ihr Vater sei a-religiös, folglich wollten Sie auch nicht mehr beten. Als Sie dann später erfuhren, daß Ihr Vater doch an Gott glaubte, war es schon zu spät. Sie konnten nicht mehr beten, da Sie sich ja mit dem ‚gottlosen‘ Vater identifiziert haben. Ich-analytisch heißt das: Sie waren unfähig, das einmal introjizierte Vater-Bild aus dem Ich auszuradiieren. Dieses Vaterbild sitzt heute noch so fest in Ihrem Ich eingebaut, daß man es mit sechs Ochsen nicht von dort wegziehen kann. Aber warum eigentlich nicht?

Und da muß ich Ihnen den *zweiten Fehler* aufweisen, den Sie bei dem Prozeß der Vater-Imagobildung unbewußt begangen haben. Sie sagten: ‚Ich wollte deshalb so sein wie der Vater, damit er mich noch mehr liebt.‘ Sie haben somit den Vater dem eigenen Ich zu einer Zeit einverleibt, in der er für Sie *noch ein Sexualobjekt war*. Auf diese Art kommen aber die sogenannten *Moment- oder Ad-hoc-Introjektionen* zustande, die stets krankhaft wirken und als Vorbilder die größte Zähigkeit aufweisen. Darum können Sie heute nicht mehr beten, obwohl Sie wollen und wissen, daß auch Ihr Vater an Gott glaubt. Das alte, falsche, ad-hoc aufgerichtete Bild des a-religiösen Vaters macht das Beten unmöglich. *Sie sind also das Opfer einer falschen Ad-hoc-Introjektion.*

Die Frage ist nun: Wie kann man Ihnen dennoch helfen? Sicher nicht auf dem Wege, daß man das falsche Vaterbild zerstört. Die Erfahrung zeigt, daß Ad-hoc-Introjektionen unzerstörbar sind. Ein ikonoklastisches Streben hilft bei Ihnen gar nichts. Man kann aber dennoch die Wirkung solcher falschen Bilder auf einem anderen Weg paralisieren. Und zwar: *durch Aufrichtung neuer Idole im Ich, die stärker als die alten und somit fähig sind, die falschen Bilder zuzudecken und ihre Wirkung zu paralisieren.* Gelingt es Ihnen, in Ihrem Ich ein Vaterbild *neu* aufzurichten, eine Vaterfigur, die Sie früher auch liebten, *von der Sie sich aber auf normale Weise abtrennt haben und die beten kann, dann werden auch Sie wieder beten können.* Das ist die Zielsetzung Ihrer Analyse im allgemeinen und Ihrer Ich-Analyse im besonderen. *Ihre Trieb-Analyse geht zu Ende.* Von nun an werden wir durch die Analyse des Ichs Ihre *neuen* Introjektionen bewußt und gemeinsam prüfend so lenken, daß Ihr neues Vaterbild stärker wird als das alte war.»

*

Mit diesem Fall versuchten wir: 1. die Übertragung als Widerstand, 2. die negative Übertragung in der Form des Agierens, 3. die Überwindung des Übertragungswiderstandes durch das Gegenagieren des Analytikers mit Hilfe des aktiven iterativen Assoziationsverfahrens, 4. das spontane Durcharbeiten¹ der Übertragung durch den Analysierten und endlich 5. die aktive Ich-Analyse zu demonstrieren.

*

II. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die Stufe der Mutter-Kind-Einheit (R. SPITZ)

Was die Frage der Erscheinungsformen der Übertragung betrifft, so führt heute noch die alte Schauart, die sie als positive oder negative libidinös-inzestuöse Gefühlsbeziehungen des Analysierten zum Analytiker auffaßt. Die gegenwärtige Fachliteratur, insbesondere in den USA, hat aber einen neuen Aspekt, mit der Vorverlegung der Entwicklungsstufen in die Übertragungsproblematik eingeführt. Während S. FREUD und die meisten seiner Nachfolger als den obligaten Inhalt der Übertragung die phallisch-ödipale, also die genitale Stufe der Inzestliebe, betonten, finden wir bei einigen Analytikern in den USA die Tendenz zur Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die ursprüngliche «Quasi-Einheit von Mutter und Kind» in den ersten Lebensmonaten. Zu dieser Schule gehören unter anderen IDA MACALPINE, PHYLLIS GREENACRE und der Vater dieser Vorverlegungstendenz der Übertragung: RENÉ SPITZ.

IDA MACALPINE² nimmt an, daß die Fähigkeit zur Übertragung in der Bereitschaft des Patienten bestehe, sich in eine frühkindliche Situation bringen zu lassen. Diese Bereitschaft zur Regression soll auf der Bildung der frühesten Objektbeziehungen nach R. SPITZ beruhen³. Die Autorin geht aber noch weiter und behauptet: «Die Psychoanalyse ist die einzige psychotherapeutische Methode, in welcher im Patienten eine einseitige, infantile Regression erzeugt, analysiert, durchgearbeitet und schließlich gelöst wird⁴.» Die Autorin hegt die sonderliche Meinung, daß die psychoanalytische Therapie zugleich die einzige sei, bei der vom Analytiker auf den Analysanden nichts übertragen wird. Die Elemente in der psychoanalytischen Situation schaffen eine Konstellation, die eine «Neuaufgabe» einer frühkindlichen Situation – ohne jegliche Intervention des Analytikers – praktisch unvermeidlich macht.

PHYLLIS GREENACRE⁵ betont am schärfsten, daß das Bedürfnis, welches auf den Analytiker übertragen wird, die Wiederherstellung der Quasi-Einheit von Mutter und Kind ist. Also der Drang nach einer Mutter-Kind-Dualunion im Sinne von I. HERMANN⁶. Ihrer Meinung nach spielt der Analytiker in der ana-

¹ Zur Frage der Technik des Durcharbeitens siehe Kapitel XXV.

² MACALPINE IDA: The Development of Transference. *Psa. Quart.* 19, 1950.

³ SPITZ, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart, 1957.

⁴ Zitiert nach SPITZ, R.: Übertragung und Gegenübertragung. In: Entfaltung der Psychoanalyse. Hg. von A. MITSCHERLICH. Klett, Stuttgart, S. 65.

⁵ GREENACRE, P.: The Role of Transference. *J. American Psa. Ass.* 2, 1954 (zitiert nach R. SPITZ).

⁶ HERMANN, I.: a) Erscheinungen der Handerotik im Säuglingsalter, ihr Ursprung (Anklammerung an die Mutter) und ihr Zusammenhang mit der Oralerotik. *Int. Ztschr. f. Psa.* 1926; b) Sich-Anklammern – Auf Suche Gehen. *Int. Ztschr. f. Psa.* 22, 1936; c) Zum Triebleben der Primaten. *Imago*, Bd. XI, 1933.

lytischen Situation – im Gegensatz zu ANNA FREUD – die Sonderfunktion der Mutter. Auch diese Autorin glaubt, daß die persönliche Beteiligung des Analytikers in der Übertragungsbeziehung ausgeschaltet werden kann, da die Übertragung eine asymmetrische, einseitige, affektive Beziehung des Analysanden zum Analytiker darstellt.

RENÉ SPITZ gibt 1956 eine klare Zusammenfassung der Vorverlegungstendenz der Inhalte in der Übertragung¹. Die Feststellungen des Autors kann man wie folgt zusammenfassen:

Er schreibt: «Es besteht eine äußerst eindrucksvolle Parallele zwischen dem Verhalten des Säuglings in einer spezifischen Entwicklungsphase und dem Verhalten des übertragenden Patienten².» Der Schlüsselreiz in der Übertragung ist ein eben so minimaler wie bei einem Säugling zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat. In diesem Alter wird der Schlüsselreiz von zwei Augen, Nase und Stirn, verbunden mit bestimmten Bewegungen, zum Repräsentanten der Sicherheit. Diesen untersten Grad der Objektbeziehung nennt er die «Vorstufe der Objektbeziehung» im Säuglingsalter. Die analytische Situation, in der der Analytiker für den Analysanden quasi unsichtbar ist und in der seine räumlich höhere, sitzende Position gegenüber dem tiefer liegenden Analysanden wichtig ist, macht ihn «zur Zielscheibe der auf ihn gerichteten strukturierten Affekte»³. Der qualitative Aspekt offenbart sich bei der Übertragung durch das Unangebrachte der Gelegenheit, bei welcher solche Kundgebungen auftreten. (Zum Beispiel wenn der Patient sich vom Analytiker verachtet fühlt.)

Das Phänomen der Übertragung wird somit von R. SPITZ auf drei Elemente zerlegt: Erstens auf den Schlüsselreiz (Couch = Kinderbett, Analytiker = Mutter); zweitens auf die Hervorrufung einer latenten, strukturierten, frühkindlichen Gefühlsströmung im Analysanden; drittens: auf die Kombination dieser beiden Auslösemomente, die dann das eigentliche Übertragungsverhalten provozieren⁴. Der Analysand wird durch die analytische Situation in eine anaclitische, d. h. anlehrende Beziehung (FREUD 1905) versetzt. R. SPITZ schlägt vor, die entsprechende Haltung des Analytikers «diatrophisch», d. h. erhaltend, unterstützend, zu nennen⁵. Er schreibt: «Die diatrophische Haltung hat ihren Ursprung in einem Entwicklungsstadium des Säuglings, das gegen Ende der anaclitischen Beziehung seinen Anfang hat. Die diatrophische Haltung ist ein Faksimile der Phantasien, die für das Stadium charakteristisch sind, in welchem das kleine Kind sekundäre Identifizierungen mit den Elternfiguren bildet. Es sind jene ‚als-ob‘-Spiele gemeint, die man in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres beobachtet: das Kind gibt dabei etwa seinem Teddybären aus der Milchflasche zu trinken, ahmt im Kindergarten die Pflegerin nach, indem es an die anderen Kinder Windeln austeilte usw.»

Aus dieser Darstellung von R. SPITZ erhellt die Zweiphasigkeit der Übertragung in der analytischen Situation. Erste Phase: Mobilisierung der latenten, struk-

¹ SPITZ, RENÉ: Übertragung und Gegenübertragung. Entfaltung der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart, 1956, S. 63–81.

² Ebenda: S. 72.

³ Ebenda: S. 72.

⁴ Ebenda: S. 71.

⁵ Ebenda: S. 77.

turierten Gefühlsströmung aus dem Säuglingsalter auf bestimmte Schlüsselreize im Analysanden. Zweite Phase: Introjektion bzw. Identifizierung des Analysanden mit dem erhaltenen, unterstützenden, diatrophisch mütterlich wirkenden Analytiker.

Die Vorverlegung der Inhalte der Übertragungsbeziehung ist u. E. eine brauchbare Idee zum Verstehen einer nicht libidinösen, ich-haften zweiten Form der Übertragung, die wir 1956 als partizipative Ich-Übertragung beschrieben haben¹. Diese ich-hafte, partizipative Form schließt keineswegs die von S. FREUD beschriebene «ödpale, inzestuöse, d. h. libidinöse» Form der Übertragung aus. Beide Formen sind möglich, und die eine kann sich in die andere verwandeln. Vor der Erörterung, welche weiteren Formen der Vorverlegung der Übertragungsinhalte bei C. G. JUNG, A. MAEDER und in der Scha erscheinen, müssen wir hier noch auf eine historische Tatsache hinweisen. Die erwähnte amerikanische Schule um R. SPITZ hat die grundlegenden Arbeiten von IMRE HERMANN (Budapest) aus den Jahren 1936–1943 völlig ignoriert. Die «anaclitische» Phase des Säuglings ist aber u. E. mit der «Anklammerungs-Phase», der «Quasi-Einheit von Mutter und Kind», mit der «Dual-Union» nach I. HERMANN, völlig identisch. Auch unsere Partizipationstheorie hat mit der *hermannschen* Dualunionstheorie eine enge Verwandtschaft.

III. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die Reproduktion des Inzest-Archetypus bei C. G. JUNG

Die Übertragung als Projektion und die Gegenübertragung als Induktion

C. G. JUNG widmet der Übertragungsfrage ein ganzes Buch². Im Wort Übertragung sieht er die Verdeutschung von Projektion. Als Inhalte dieser Projektion erwähnt er die erotisch-sexuellen Phantasien (S. FREUD), den Willen zur Macht (A. ADLER) als den mit der Sexualität koexistierenden Faktor, ferner den Hunger nach Habenwollen, die instinktive Negation des Begehrens bis zur Selbstvernichtung. JUNG schreibt: «Die Übertragung ist fern davon, ein eindeutiges Phänomen zu sein, und es ist nie von vornherein auszumachen, was sie alles bedeutet³. Dasselbe bezieht er auch auf die Inzestfrage. «Es ist im konkreten Fall oft fast unmöglich, zu sagen, was Geist und was Trieb ist. Es ist beides ein unergründliches Gemenge, ein wahres Magna aus der Urtiefe des anfänglichen Chaos⁴.» Man kann die Inzestphantasien nach C. G. JUNG auch symbolisch als «Reaktivierung des Inzestarchetypus» auffassen⁵. In bezug auf FREUDS Auffassung über die «Übertragungsneurose» verhält sich C. G. JUNG sehr kritisch. Er schreibt: «FREUDS Auffassung der Übertragung als einer ‚artifiziellen Krankheit‘, einer ‚neugeschaffenen und umgeschaffenen Neurose‘, einer ‚neuen künstlichen Neu-

¹ Ich-Analyse, 1956, S. 165.

² JUNG, C. G.: Die Psychologie der Übertragung. Rascher, Zürich, 1946. Ges. Werke Bd. XVI. Rascher, 1958, S. 173 ff.

³ Jung, C. G.: Ges. Werke, Bd. XVI. S. 186.

⁴ Ebenda: S. 186–187.

⁵ Ebenda: S. 190–191.

rose¹, ist insofern gültig, als die Übertragung eines neurotischen Kranken ebenfalls neurotisch ist, aber diese Neurose ist weder ‚neu‘ noch ‚artifizuell‘ noch ‚geschaffen‘, sondern es ist dieselbe alte Neurose, und das einzig Neue daran ist, daß nunmehr der Arzt darin einbezogen wird, und zwar mehr als ein Opfer, denn als ihr Erzeuger¹.» Ist nun die Übertragung ein Produkt bzw. eine besondere Form der Projektion, so ist die von S. FREUD zuerst erkannte «Gegenübertragung» nach C. G. JUNG ein Produkt der Induktion. Von den Inhalten der neurotischen und psychotischen Symptome «geht eine Faszination aus, die nicht nur den Patienten ergreift und schon ergriffen hat, sondern auch eine Induktionswirkung auf das Unbewußte des zunächst unbeteiligten Zuschauers, nämlich des Arztes, ausüben kann». «Damit, daß der Patient einen aktivierten Inhalt des Unbewußten an den Arzt heranbringt, wird durch Induktionswirkung, die stets von Projektionen in mehr oder minderem Maße ausgeht, auch bei diesem das entsprechende unbewußte Material konstellierte. Damit befinden sich Arzt und Patient in einer auf gemeinsamer Unbewußtheit beruhenden Beziehung².» Daher kann auch der Arzt – durch diese «beidseitige Gefangenschaft» seelisch infiziert werden und erkranken. C. G. JUNG hegt die Meinung, daß die Übertragung kein unbedingter Faktor der Heilung sei.

IV. Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf den «Archetypus des Heilbringers» nach A. MAEDER

Die Erforschung der Beziehungen zwischen dem Patienten und dem Arzt wurde bei ALPHONSE MAEDER zu seinem Lebensziel³. Nachdem MAEDER sich sowohl von der Schule S. FREUDS wie auch von der C. G. JUNGS in der Tat losgelöst hatte, gründete er seine eigene psychotherapeutische Richtung, «das appellative Verfahren», eine aktive psychagogische Psychosynthese. Diese Psychotherapie weist drei besondere Eigenschaften auf: 1. die Tiefe der Intuition im Gegensatz zur Ratio, 2. die Höhe der geistig-religiösen Humanität und 3. die Kürze einer aktiven Psychotherapie als Synthese. Es ist erstaunlich, wie konsequent, aktiv und bewußt der Autor sein eigenes Heilverfahren und den Heilungsprozeß auf die Partnerschaft zwischen Patient und Arzt aufzubauen vermochte.

A. MAEDER unterscheidet vor allem zwischen einem natürlichen Drang nach Selbsthilfe und einem Bedürfnis nach Fremdhilfe. Der erste Drang ist bei allen Lebewesen gemeinsam. Der zweite aber ist nur für den Menschen spezifisch. «Wenn eine krisenhafte Lage, ein gewisser Grad von ‚existenzieller Not‘ eingetreten ist» – schreibt der Autor –, «kommt es zu einer Reaktion, als ob aus der Tiefe ein Schrei nach Hilfe aufsteigen würde . . . Ein Schrei nach Hilfe – als nichts Durchdachtes, Vernünftiges, sondern etwas Emotionelles, Elementares, das

¹ Ebenda: S. 182–183. Fußnote 15.

² Ebenda: S. 187.

³ MAEDER, A.: a) Über das Traumproblem. F. Deuticke, Wien, 1914; b) Psychoanalyse und Synthese. Schriftenreihe Arzt und Seelsorger, H. VIII. Fr. Bahn, Schwein i. M.; c) Die Richtung im Seelenleben. Rascher, Zürich, 1928; d) Selbsterhaltung und Selbstheilung. Rascher, Zürich, 1949; e) Sendung und Aufgabe des Arztes. Rascher, Zürich, 1951; f) Der Psychotherapeut als Partner. Rascher, Zürich, 1957; g) Psychosynthese-Psychagogik. Appellationsverfahren. Handbuch der Neurosenlehre und Psychother. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, Bd. III, 1950; h) Studien über Kurzanalyse. Klett, Stuttgart, 1963.

eine Art religionsgläubigen Charakter besitzt. Ein Verlangen nach Gesundheit, eine Hoffnung auf ein neues Leben regen sich mitten im Leiden und Verzweifeln.» Es wird eine tiefere Schicht des kollektiven Unbewußten aktiviert und «das Urbild des Heilbringers auf einen geeigneten Menschen projiziert, und der Betreffende erscheint dann dem Kranken als Helfer oder Retter . . .¹» Der Autor sieht eine Beziehung dieses Urbildes des «Heilbringers» zu Osiris, Dionysos, Apollo, Baldur und zu Asklepios, zum Sohn eines göttlichen Vaters und einer irdischen Mutter. Er schreibt weiter: «Die Projektion des Urbildes des Heilbringers auf den behandelnden Arzt ist eine Sache für sich, die nicht mit der Übertragung früherer infantiler Bezugspersonen des Kranken auf den Analytiker zu verwechseln ist. Die *freundsche* Übertragung hängt mit den persönlichen Erlebnissen des Neurotikers zusammen und umfaßt lediglich lebensgeschichtliches Material, das durch die Phantasie umgemodelt ist. Erstere dagegen ist eine archetypische Projektion von un- und überpersönlichem Charakter, die ‚spezifisch‘ mit dem Heilvorgang verknüpft ist. Man kann sie auch ‚anagogische‘² Übertragung neben der anderen, der ‚kathartischen‘ nennen. Der Heilbringer ist eben das Symbol der Erhaltung und Reintegration der Ganzheit und verkörpert beides in persönlicher Gestalt³.»

Arzt und Patient werden somit durch Aktualisierung dieses Heilbringer-Archetypus miteinander in einer Partnerschaft verbunden, die MAEDER auch die «existenzielle Kommunikation» nennt. In dieser Kommunikation ruft der Patient nach dem Heilbringer (Appell), und der Arzt erfüllt eine Berufung als Helfer. Die Antwort des Arztes auf den Hilferuf ist: Nächstenliebe und Autorität. Diese Liebe wird vom Autor als eine Gabe transzendentalen Ursprungs aufgefaßt, die nicht nur eine persönliche, sondern vielmehr eine überpersönliche Bindung zwischen den zwei miteinander existenziell kommunizierenden Partnern schafft. Die innere Autorität wirkt durch die Person und nicht durch die Persönlichkeit des Arztes. Sie gründet sich somit – wie die Berufung – auf den Partner und auf die transzendente Instanz beider. A. MAEDER behauptet, daß diese Art von Heilen eine vergeistigte Form dessen darstellt, «was sich schon im Bereich der mythisch-magischen Handlungen der Urmedizin abspielte . . .⁴»

B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen

I. Die genotrope Übertragung

Vorverlegung der Übertragungsinhalte auf die Genotypen des familiären Unbewußten

Die Schicksalsanalyse begann ihre Forschungen 1937 mit der Genetik des Schicksals⁵. Das erste Gesetz, das sie in der Entstehung des menschlichen Schicksals fand, war das Gesetz des Genotropismus.

¹ MAEDER, A.: Psychosynthese-Psychagogik. Hb. d. Neurosenlehre . . ., S. 403.

² anagein = zurückführen (H. SILBERER benützte das Wort als Psychoanalytiker als erster).

³ MAEDER, A.: Psychosynthese-Psychagogik. Hb. d. Neurosenlehre, S. 404.

⁴ Ebenda: S. 406.

⁵ SZONDI, L.: Analysis of Marriages. An attempt at a theory of choice in love. Acta Psych. Martinus Nijhoff. Vol. III, No. 1, 1937.

Unter Genotropismus versteht die Scha die wechselseitige Anziehung latent erbverwandter Personen. Im Genotropismus wirkt also eine besondere genische Kraft, die zwei Menschen mit gleichen oder verwandten Erbanlagen zueinander zieht und ihre wechselseitige Bindung in Liebe, Freundschaft und Beruf aufrecht erhält. Genverwandt sind somit Individuen, in deren Erbbeständen verwandte oder identische zurückkehrende (rezessive) Erbanlagen enthalten sind¹. Die Partner einer Liebe oder Freundschaft wie auch die eines Berufes, der mit Menschen zu tun hat, sind erbverwandt.

Im Lichte des Gesetzes des Genotropismus sind auch die Partner einer analytischen Übertragung – falls diese eine wahre und keine Scheinübertragung darstellt – genverwandte Individuen. Unsere Erfahrungen, die sich bereits auf ein Vierteljahrhundert erstrecken, bewiesen, daß je ausgeprägter die verborgene Erbverwandtschaft zwischen dem Analysanden und dem Analytiker ist, um so stärker die Übertragung wie auch der Widerstand sich in der Analyse manifestiert. In dieser Frage haben wir vergleichende Untersuchungen durchgeführt, indem wir die Stammbäume der Analysanden mit denen der Analytiker, die bei uns in Kontrollanalyse waren, verglichen und die obige Gesetzmäßigkeit bezüglich der Übertragungsstärke bekräftigen konnten.

Einer meiner Schüler war z. B. Konduktor von Epilepsie und paranoider Schizophrenie². Dieser Analytiker hatte in seiner Praxis auffallend viel epileptiforme und paranoide Analysanden, bei denen die Übertragung so stark war, daß er die Widerstände nur äußerst schwer zu bewältigen vermochte. Sie waren mit ihm nicht nur erbverwandt, sondern zeigten seine eigenen, einstigen Symptome und klebten an ihm in einem Maße von Übertragung, das diese Analysen fast bis ins Unabschließbare ausdehnte. Obwohl die genotrope Übertragung den Widerstand maximal erhöhte, konnte er doch bei diesen genverwandten Patienten des öfteren das Höchste erreichen, was man bei ich- und affektgestörten Patienten überhaupt zu hoffen wagte.

Ein anderer meiner Kontrollanalysanden war Konduktor von Anlagen zu Selbstmord und Schizophrenie. Der kritische Fall, in dem seine sonst erfolgreiche analytische Tätigkeit völlig versagte und er selber als Folge der übernatürlichen Gegenübertragung fast seelisch erkrankte, war ein Mann mit Selbstmordversuchen und schweren paranoiden Ich-Störungen. Ich gab ihm den Rat, den Patienten einem anderen Analytiker anzuvertrauen, und als er ihn befolgte, begann er selber Selbstmordideen zu entwickeln, die aber nach einer kurzen Reanalyse verschwanden.

Man könnte hier den Einwand erheben, daß beide Analytiker ungenügend analysiert waren, besonders weil sie eine schicksalsanalytische und keine klassische Psychoanalyse durchmachten. Gegen diesen Einwand spricht aber eine Reihe von klassisch geschulten, ja sogar namhaften Psychoanalytikern, die selber jahrzehntelang als Analytiker tätig waren und doch schlußendlich psychotisch wurden. Keine Richtung der Tiefenpsychologie schützt ihre Analytiker gegen das Verrücktwerden, wenn sie eine quantitativ zu starke Anlage mit sich brachten. Man kann ja mit keiner Art von analytischen Techniken die Erbgarnitur des Ana-

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel, I. Aufl., 1944, II. Aufl. 1948, S. 42 ff., III. Aufl. 1963.

² Siehe seinen Stammbaum in der Ich-Analyse. S. 88–89, Abb. 2.

lysenden verändern. Was eine Schicksalsanalyse anstrebt, ist: 1. die Konfrontierung der Betroffenen mit ihrem kranken Erbgut, 2. die Bewußtmachung auch der gesunden Existenzmöglichkeiten und 3. die Förderung der freien Wahl einer sozialisierten Existenzform. Die Erbstruktur läßt sich niemals ausmerzen. Nur das Ich kann mit Hilfe des Geistes die Kraft entfalten, eine andere Existenz an Stelle der kranken zu wählen. Wir müssen aber stets darauf achten, daß die krankhaften Existenzformen von der Geburt bis zum Tode unverändert in uns weiterleben und gelegentlich aus der Latenz herauszubrechen vermögen. Einen solchen Einbruch der verborgenen Ahnen stellt für den Analytiker die Gegenübertragung dar. Bevor wir uns dieser Frage der Gegenübertragung zuwenden, müssen wir aber noch einiges über die ich-hafte, partizipative Form der Übertragung hinzufügen.

II. Partizipation als Ich-Übertragung

Eine analytische Situation ist erst dann in der Seele festgemauert, wenn einerseits der Analysand den Mut aufbringt, alles Krankmachende aus dem Ubw auf den Therapeuten zu projizieren, andererseits wenn das Ich des Analytikers stark genug ist, alle diese Projektile – ohne Schädigung durch die Gegenübertragung und ohne Verletzung der Ethik und Moral – aufzufangen.

Aus den vorangehenden Erörterungen stellte sich heraus, daß der Patient 1. seine persönlich verdrängte inzestuöse Liebe zu einem Elternteil (S. FREUD), 2. seinen Drang nach der Mutter-Kind-Einheit (R. SPITZ, I. MACALPINE, PH. GREENACRE), der aus der Säuglingszeit stammt, 3. den Archetypus des Ur-Inzestes (C. G. JUNG), 4. den Archetypus des Heilbringers (A. MAEDER) aus dem kollektiven Ubw und endlich 5. seine verborgenen Ahnenfiguren aus dem familiären Ubw (Schicksalsanalyse) auf die Person des Analytikers zu übertragen, zu projizieren vermag. Diese fünf Übertragungsformen können alle als starke Widerstände in der Analyse verspürt werden. Als eine sechste Übertragungsform, die *ich-hafter* Natur ist und die Behandlung fördert, erachten wir die Partizipation.

Der Schicksalsanalytiker strebt immerfort danach, mit seinem Analysanden auch eine *ich-hafte Partizipation auf höherer Ebene* herzustellen und nicht nur eine libidinöse Übertragungsbeziehung zu überwinden.

Bei der Partizipation werden die zwei Iche – das des Analysanden und das des Analytikers – auf der Ebene der Pontifextätigkeit eins und gleich. Das heißt: Die beiden Iche streben miteinander zusammen nach Integration aller möglichen Gegensätzlichkeiten in der Seele, nach Transzendieren zum Geist und somit zum Eins-Sein, zur Partizipation.

In der «Ich-Analyse» hegten wir die Auffassung, daß im Vorgang der Partizipation eine spezifische Ich-Energie, die Macht zum Sein, wechselseitig vom einen Ich auf das andere Ich projiziert wird. Durch die Projektion der eigenen Seinsmacht des einen Ichs auf das andere kommt das Eins-, Gleich- und Verwandtsein der zwei Iche zustande. Der Analysand legt seine Seinsmacht in das Ich seines Analytikers hinein, und gleichzeitig überträgt der Therapeut seine eigenen Ich-Kräfte zum Sein auf das Ich des Analysanden. Der Vorgang bei dieser Art von «Übertragung» ist also ein Quasi-Identischwerden durch die wechselseitige Projektion. Das projizierte Übertragungsmaterial ist aber hier nicht die Libido, sondern die Seinsmacht. Entsteht aber eine Übertragung in der Tat auch durch

eine wechselseitige Partizipation zweier Iche in der analytischen Kur, so folgen aus dieser Annahme folgende Schlüsse:

Das Ich des Analysanden muß sich im Laufe der Analyse allmählich so umwandeln, daß durch die partizipative Übertragung mit der Zeit dieses unreife Ich zur Integration, zum Transzendieren und zum Partizipieren fähig wird.

Das Ich des Analytikers sollte in der Analyse mit dem Ich des Analysanden auch eins, gleich und verwandt sein können, sonst entstehen einseitige Projektionen, die die Partizipationen ausschließen. Im Begriff der partizipativen Übertragung muß also auch die Gegenübertragung enthalten sein. Dies folgt ipso facto aus dem Zustand einer wechselseitigen Partizipation.

Nun tragen aber diese Grundthesen über die partizipative Übertragung gewichtige Störfaktoren und Gefahren in sich. Wir wollen sie kurz behandeln.

Wäre das Ich des Analytikers in der Tat stets ein integriertes Ich, so könnte man als Endziel jeglicher Analyse nichts anderes wünschen als die Umwandlung des kranken Ichs zu einem solchen, welches der Analytiker selber trägt. Dem ist aber nicht immer so. Es würde eine Heuchelei sein, zu verschweigen, daß auch unter den *lege artis* analysierten und ausgebildeten Analytikern einige zu finden sind, die sexuell haltlos, oder aber narzißtisch macht- und geldgierig, oder immer noch prägenital oder infantil fixiert sind, und auch solche, die durch eine schizoforme oder zirkuläre oder suizidale oder andersartige Konduktornatur stets gefährdet sind und die sich in ihrer Tätigkeit gegen diese bewußten Gefahren ständig zu schützen gezwungen sind. Gerade diese Psychotherapeuten werden durch die wechselseitige Partizipation unfähig, den Induktionsgefahren entgegenzutreten und werden leicht zum Opfer einer krankhaften Gegenübertragung.

Kapitel XXI

DIE GEGENÜBERTRAGUNG

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

S. FREUD

Nach Mitteilung E. JONES soll S. FREUD den Terminus «Gegenübertragung» in einem Brief an S. FERENCZI vom 6. Oktober 1910 zum ersten Male gebraucht haben¹. Seither ist dieser Begriff ein Streitthema aller analytischen Richtungen geworden.

In der Arbeit «Bemerkungen über die Übertragungsliebe» (1915)² schreibt S. FREUD über die Kämpfe des Analytikers, die er während der Behandlung gegen zwei Mächte führen muß. Erstens gegen die in seinem eigenen Innern,

¹ JONES, E.: *The Life and Work of Sigmund Freud*, Basic Books, Inc. New York.

Ferner: G. SCHEUNERT: *Zum Problem der Gegenübertragung*. *Psyche*, Jg. XIII, H. 10, 1960, S. 574.

² FREUD, S.: *Ges. Schr.* Bd. VI, S. 120 ff.

welche ihn vom analytischen Niveau herabziehen möchten, d. h. gegen die Kräfte der Gegenübertragung. Zweitens gegen die Patienten, «die sich anfangs wie die Gegner gebärden, dann aber die sie beherrschende Überschätzung des Sexuallebens kundgeben und den Arzt mit ihrer sozial ungebändigten Leidenschaftlichkeit gefangennehmen wollen»¹. FREUD warnt einerseits den Analytiker vor den Gefahren der Gegenübertragung, zeigt aber andererseits volles Verständnis für die Möglichkeit dieser Art von Gegenübertragung. Er warnt den Therapeuten vor der Fehldeutung, daß die Liebesübertragung den Vorzügen seiner eigenen Person zugeschrieben werden könnte. Der Analytiker habe keinen Grund, auf eine solche «Eroberung» stolz zu sein, da ja diese Verliebtheit der Patientinnen durch die analytische Situation künstlich erzwungen wurde. Es gibt auch Patienten, welche die Analyse dazu benützen, ihre Unwiderstehlichkeit am Analytiker quasi zu testen und seine Autorität mit ihrer Eigenmacht herabzusetzen. FREUD erwähnt hier wieder die größte Gefahr, daß nämlich die Patienten, «um den gestrengen Analytiker auf die Probe zu stellen» die Liebeserklärung als Widerstand gegen die Analyse benützen. Ist dann der Analytiker zu dieser Liebe bereit, so erwartet ihn eine schroffe Zurechtweisung. Er betont seine strenge Überzeugung, daß die Gewährung des Liebesverlangens der Patientin ebenso verhängnisvoll für die Analyse sein kann wie die Verdrängung derselben². Trotz dieser Strenge versteht er wohl die peinliche Rolle, die der Analytiker als Mann zu spielen hat, wenn eine Frau um seine Liebe wirbt. Denn «trotz Neurose und Widerstand» geht jeweils doch aus der edlen Frau, die sich zu ihrer Leidenschaft bekennt . . . , «ein unvergleichlicher Zauber aus» . . . Und doch bleibt für den Analytiker das Nachgeben ausgeschlossen³.

Bei FREUD sind die zwei Begriffe von Übertragung und Gegenübertragung noch getrennt. Früh begann man aber auch im Bereich der Psychoanalyse die Meinung zu hegen, daß diese zwei Erscheinungen im Grunde den gleichen Vorgang bedeuten. A. STERN⁴ (1924) und M. GITELSON (1952) wollten den Begriff der Gegenübertragung völlig abschaffen und einfach nur von Übertragung des Analytikers auf den Patienten sprechen und umgekehrt⁵. Es wurde bereits erwähnt, daß IDA MACALPINE und PHYLLIS GREENACRE leugnen, daß in einer analytischen Situation irgend etwas von dem Analytiker auf den Analysanden übertragen werden kann. Im Gegensatz zu dieser «einseitigen, asymmetrischen» Anschauung der Analyse steht die von ANNIE REICH (1950)⁶ wie die von RENÉ SPITZ (1956)⁷. Nach A. REICH ist die Gegenübertragung eine konstruktive Aufgabe, da das psychologische Interesse des Analytikers im Wesen «desexualisiert und sublimiert» sei. R. SPITZ stützt sich auf diese Arbeit und äußert die Meinung, daß die Gegenübertragung «eine der Determinanten des affektiven Klimas einer gegebenen analytischen Beziehung» sei; sie stelle die spontane Reaktion des Analytikers auf die Persönlichkeit des Patienten dar.

¹ Ebenda: S. 134.

² Ebenda: S. 128.

³ Ebenda: S. 133.

⁴ STERN, A.: On the Countertransference in Psychoanalysis. *Psa. Rev.* 11, 1924.

⁵ GITELSON, M.: The Emotional Position of the Analyst in the Psychoanalytic Situation. *Int. J. Psa.* 23, 1952.

⁶ REICH, A.: On Countertransference. *Int. J. Psa.* 32, 1951. Zitiert nach R. SPITZ.

⁷ Übertragung und Gegenübertragung. Entfaltung der Psa, Klett, 1956.

B. Auf dem Gebiete der analytischen Psychologie

C. G. JUNG schreibt über den *freudschen* Begriff der Gegenübertragung: «Kenner seiner Technik wissen, wie sehr dieselbe daraufhin tendiert, die ärztliche Person möglichst außerhalb der Reichweite dieser Wirkung zu halten. Dazu gehört z. B., daß sich der Arzt hinter den Patienten setzt und ebenso, daß er sich den Anschein gibt, als ob die Übertragung ein Produkt seiner Technik sei, während es sich in Wirklichkeit um ein ganz natürliches Phänomen handelt, das ebensowohl ihm wie dem Lehrer, dem Pfarrer, dem somatisch behandelnden Arzt und – last not least – dem Ehemann zustoßen kann¹.»

Diese Induktionsgefahr sollte der Arzt sich bewußt machen, wenn ihm dies auch nicht allzu leicht fällt. Er fügt hinzu: «Die größte Schwierigkeit dabei ist, daß nicht selten beim Arzte Inhalte aktiviert werden, die normalerweise eigentlich latent bleiben könnten . . .» «Er hat doch wohl nicht ohne Grund den Beruf eines Psychiaters ergriffen und sich besonders für die Behandlung von Psycho-neurosen interessiert, und letzteres kann er nicht wohl tun, ohne einige Einsicht in seine eigenen unbewußten Prozesse zu haben. Auch wird diese Anteilnahme am Unbewußten nicht nur allein auf ein ausschließlich freigewähltes Interesse zurückzuführen sein, sondern auf eine schicksalsmäßige Anlage, welche ihm die Neigung zum Arztberufe schon ursprünglich eingegeben hat . . .» «Der Arzt weiß es oder sollte es wenigstens wissen, daß er nicht zufällig diesen Beruf ergriffen hat, und insbesondere muß der Psychotherapeut sich darüber klar sein, daß psychische Infektionen, auch wenn sie ihm überflüssig erscheinen, im Grunde genommen schicksalsbedingte Begleiterscheinungen seiner Arbeit sind und daher der instinktiven Disposition seines Lebens entsprechen. Diese Einsicht bedeutet zugleich auch die richtige Einstellung zum Patienten. Der Patient geht ihn dann nämlich persönlich etwas an, und damit ist für die Behandlung die günstige Basis geschaffen².»

Diese Schrift C. G. JUNGS erschien zuerst 1946, also zwei Jahre nach der Erscheinung der Schicksalsanalyse (1944). In diesem Buche haben wir zum erstenmal die enge Erb-Beziehung zwischen dem Berufskreis der Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie und dem Erbkreis der Psychose (Schizophrenie) auf Grund von Stammbaumforschungen festgestellt. Wir hofften nicht, daß unsere Feststellungen, die eine überstarke Opposition hervorgerufen haben, so rasch eben von G. C. JUNG eine Bestärkung erlangen würden.

C. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen (Schicksalsanalyse)

Die genotrope Gegenübertragung und die Partizipation als Oberbegriff für die Übertragung und Gegenübertragung

Wer die Möglichkeit einer genotropisch bedingten Übertragung annimmt, muß konsequenterweise auch die einer ebenso gelenkten Gegenübertragung annehmen. Die Schicksalsanalyse hebt aber beide Vorgänge – die ja auf der gleichen

¹ JUNG, C. G.: Die Psychologie der Übertragung. Ges. Werke, Bd. XVI, S. 183, Fußnote 16.

² Ebenda: S. 188–189.

Basis des Genotropismus fußen – auf eine höhere Ebene der Pontifex-Ich-Tätigkeit und spricht in der analytischen Situation von einer «*genotropen Partizipation*». Dieser Oberbegriff faßt somit die Übertragung wie die Gegenübertragung in einem Wort zusammen. Die Partizipation zwischen dem Analysanden und dem Analytiker kann beide Personen auf der Ebene der ich-haften Integration und des Transzendierenkönnens so lange festhalten, bis die wechselseitige Übertragung positiv und zur Vergeistigung bereit ist. Wird aber die Wechselwirkung negativ, so regrediert die Partizipation sehr leicht auf die Stufe der sekundären, krankhaften Projektion. Die Folge davon ist, daß einer oder beide Teilhaber dieser Partnerschaft paranoid reagieren. Die Analyse wird zu einem unabschließbaren Querulieren, wobei oft beide massiv agieren. In dieser Situation muß der Analysand zu einem anderen Analytiker in Behandlung gehen; der Analytiker sich einer Reanalyse unterwerfen.

Zu den pathologischen Inhalten der Gegenübertragung zählt ANNIE REICH 1. die latenten Impulse des Analytikers, die er vor dem Patienten agiert; 2. die Abwehrtätigkeiten dieser latenten Triebbedürfnisse, um zu beweisen, daß durch diese Regungen kein Schaden entsteht. In beiden Fällen mißbraucht der Analytiker die analytische Situation. Demgegenüber sollten die physiologischen Inhalte einer Gegenübertragung die desexualisierten und sublimierten Impulse sein. Als den üblichsten Inhalt der Gegenübertragung heben LUCIA TOWER und H. A. RACKER den Ödipuskomplex des Analytikers hervor; sie sprechen von einer «Gegenübertragungsneurose»¹.

Nach den Erfahrungen der Schicksalsanalyse können latente Ahnenfiguren aus dem familiären Ubw des Analytikers während der Behandlung durch den Analysanden aktiviert werden. Diese Ahnenanlagen sind des öfteren mit denen des Analysanden identisch. Es entsteht eine ähnliche Situation wie bei Folie à deux. Wir geben hier einige Beispiele.

Beispiel 1. Ein junger Psychiater, der mit einem minderjährigen Patienten in der Praxis in eine homosexuelle Beziehung getreten war, geht in Analyse. Nach der Behandlung heiratet er und wird selber Analytiker. Wie unvollständig er aber auf seine homosexuellen Ansprüche zu verzichten vermochte, beweist das Schicksal eines seiner Analysanden. Dieser 30jährige Mann ist verheiratet, Vater zweier Kinder, äußerst feminin, beeinflussbar und steht bei dem oben erwähnten Analytiker seit *acht* Jahren in Behandlung. Die Übertragung ist wechselseitig so groß, daß beide einfach unfähig sind, sich voneinander zu trennen. Der Patient geht in die Stunde wie eine verliebte Frau in ein Stelldichein. Er nimmt vor der Stunde ein Bad, kleidet und rasiert sich äußerst sorgfältig; lebt nur für die Analyse und den Analytiker und ist bei seiner Frau völlig impotent geworden, so daß sie ihm mit Scheidung droht. Was sich in den analytischen Stunden abspielt, weiß niemand. Die Umstände sprechen dafür, daß der Patient durch die gesteigerte Übertragung auf seinen Analytiker eine Triebverstärkung seiner latenten Homosexualität erlangte. Dafür spricht seine zunehmende Impotenz bei der Frau und die irrationale Vorbereitung zu jeder analytischen Stunde. Ich-psychologisch ist die Annahme nahestehend, daß die Projektion des homosexuellen Ichs vom Patienten auf den Arzt, im besonderen aber dessen Rückprojizierung des eigenen

¹ RACKER, H. A.: Contribution to the Problem of Countertransference. Int. J. Psa. 34, 1953.

nicht gelösten homosexuellen Ichs auf den Patienten, diese Behandlung zu einer unendlichen Analyse verwandelt und den Analysanden impotent gemacht hat.

Beispiel 2. Ein bekannter Analytiker übt regelmäßig bei seinen infantilen Patientinnen eine sogenannte «Liebestherapie» aus. Dabei kommt es zu zärtlichem Streicheln, zu Umarmungen, Küssen; später nimmt er sie auf seinen Schoß und setzt das Streicheln an den Genitalien fort. Die unglücklichen jungen Patientinnen haben nur selten die Kraft, dieser Liebesanalyse brüsk ein Ende zu machen und verweilen so 8–10 Jahre hindurch bei diesem Analytiker, bis dann die gehäuften Eifersuchtsszenen den Therapeuten zwingen, sie einem anderen Arzt anzuvertrauen. Von diesen mißbrauchten Analysandinnen sah ich im Laufe von fünf Jahren drei in meiner Sprechstunde. Die eine kam zu mir, nachdem sie die Türe des Wartezimmers, wo ihre «Rivalin» auf die Stunde wartete, zugesperrt und den Schlüssel in ihre Tasche gesteckt hatte. Die andere Patientin schlug in einem Eifersuchtsanfall die Scheiben des ominösen Sprechzimmers ein und wurde dann nach einer 10½ Jahre dauernden Analyse mir überwiesen, wie an anderer Stelle schon erwähnt. Zum Schluß kam aber der Arzt selber zu mir in die Sprechstunde, und da stellte ich eine völlig ungelöste Inzestliebe zu seiner Schwester und deren Übertragung auf seine eigene Tochter fest. Er gab zu, daß die Liebesanalysen mit seinen Analysandinnen ihm als Ersatzhandlungen dienten.

Beispiel 3. Ein deutscher Arztdanalytiker Nr. I schickt seine Frau wegen krankhafter Eifersucht zu einem Kollegen Nr. II in Analyse. Diese Analyse verwandelt sich bald in eine Liebesbeziehung. Nach der Doppelscheidung heirateten sie. Die Ehe – wie halt fast alle Ehen dieser Art – dauerte nicht lange und führte wieder zur Scheidung, nachdem der Arzt Nr. II sich mit einer anderen Patientin in ein Liebesverhältnis eingelassen hatte. Während sich aber diese Tragödie abspielte, heiratete der Arztdanalytiker Nr. I wieder und begann – wie sein Freund Nr. II – mit seinen Analysandinnen Liebesverhältnisse zu pflegen, die dann – zumeist – tragisch zu Ende gingen.

Es wäre falsch, zu denken, daß diese Analytikerfiguren die analytische Regel S. FREUDS, nach der die Analyse in der Versagung, also im Verzicht, geführt werden soll, nicht kannten. Beide sind führende Repräsentanten der Psychoanalyse.

Wir könnten die Reihe ähnlichen Versagens der Analytiker fortsetzen. Die angeführten Beispiele demonstrieren aber genügend, wie enorm groß die Gefahr ist, wenn *der Analytiker das unreife Ich des Analysierten dem eigenen Ich einverleibt*. Die *freudsche* Regel ist u. E. nicht nur ein moralisch-ethisches Gesetz für den Analytiker und seinen Patienten, sondern ein technisches Mittel, das allein die Heilung zu fördern und zu sichern vermag. Denn die Regel der Versagung fußt ja auf der Vorbedingung, daß der Analytiker selbst ein Ich trägt, das verzichten kann. Der Heilungsprozeß beruht eben darin, daß der Therapeut sein starkes, unter allen Umständen *verzichtenkönnendes Ich* auf das Ich seiner nicht verzichtenkönnenden Patienten projiziert und der Patient von Stunde zu Stunde allmählich zur Introjektion des starken, verzichtenden Ichs seines Analytikers fähig wird.

Nur die endgültige Einverleibung des verzichtenkönnenden Ichs des Analytikers auf die bewußtgemachten Triebbedürfnisse sichert das günstige Ende einer

Analyse. Die *conditio sine qua non* dieses Heilerfolges ist aber deshalb, *daß der Therapeut selbst ein verzichtenkönnendes Ich trägt.*

Ist die Übertragung eine in der Tat *wechselseitige Partizipation*, so müssen ipse facto die Ich- und Triebstörungen des Patienten auf das Ich- und Triebleben des Analytikers in irgendwelcher Art zurückwirken.

Eine Analyse ist ja u. E. ein Leiden zu zweit. Das heißt: Der Analytiker muß auf dem Wege der Partizipation mit allen Trieb- und Ich-Störungen seiner Patienten *eins* sein können. Dieses Einssein soll aber mehr sein denn nur ein pures intellektuelles Verstehen. Der Therapeut muß sämtliche Trieb- und Ich-Anomalien in den analytischen Stunden mit den Patienten trieb- und ich-haft miterleben können, denn nur so kann der Patient der Geborgenheit, des völligen Einsseins mit seinem Analytiker sicher sein. Der Analytiker *muß* somit alle Inversionen und Perversionen, alle Wahnideen und Halluzinationen, ja sogar alle süchtigen und antisozialen Ansprüche seiner Kranken in der analytischen Situation mit «Einem-Herz» und «Einer-Seele» zusammen mit dem Patienten mitmachen können, sonst zerfällt die analytische Dualunion, welche ja auf der Wechselseitigkeit der Partizipation beruht. Damit aber wird die Heilung unmöglich.

Nirgends erscheint die Richtigkeit dieser These so einleuchtend wie bei der modernen Schizophrenie-Therapie nach ROSEN, BENEDETTI, SECHEHAYE und anderen. Ich erwähne als Beispiel einen Fall von C. G. JUNG, bei dem die Heilung unter anderem auch durch das Nichteinsseinkönnen mit der Kopropraxie der Patientin scheiterte.

Beispiel 4. Es gelang C. G. JUNG, als er noch Oberarzt im Burghölzli war, vorerst, eine schwer negativistische, katatone Patientin zur Aufnahme des Kontaktes zu bewegen. Sie fing an, zu essen, zu sprechen usf. Am nächsten Tag empfing ihn diese Patientin mit einem Gesicht, das sie völlig mit Kot «kosmetisiert» hatte. Psychologisch muß man diese Art von Sichschönmachen so deuten, daß die Patientin, welche auf die anale Stufe regrediert war, mit diesem kotbeschnierrten Gesicht eigentlich ihrem Arzt ihre tiefempfundene zärtliche Liebe und Dankbarkeit demonstrieren wollte. C. G. JUNG schrak aber zurück. Damit wurde die beginnende Liebes-Übertragung prompt zerbrochen. Die Patientin fiel wieder in ihre negativistische Phase zurück. Die richtige adäquate Handlung wäre natürlich gewesen, daß der Arzt auf diese Art von Liebeserklärung eingegangen wäre und seine Gegenübertragung – trotz des kotbeschnierrten Antlitzes – nicht brüsk zurückgezogen hätte, sondern sie – so wie sie ihn empfing – schön gefunden hätte.

Dieses Beispiel demonstriert, daß der Analytiker wegen des Heilerfolges sogar die Kopropraxie seiner Patientin miterleben muß, ohne sie abscheulich zu finden. Man muß mit dem Patienten auch dann eins sein können, wenn er sich mit Kot beschnierr. Man darf aber nicht glauben, daß der Analytiker nur bei Geisteskranken solchen Ansprüchen ausgesetzt wäre. Ich erlebte die Kopropraxie auch bei Zwangsneurotikern in der normalen analytischen Situation, wo der Analysand die Meinung hegte, es nütze ihm gar nichts, wenn er mir über seine analen Zwänge *nur verbal* referiere, er könne diese Zwangshandlungen nur dann loswerden, wenn er sie vor mir in der Stunde durchführte. Da ich eben in diesem Wunsch das Signal einer beginnenden positiven Übertragung sah, gestattete ich ihm die

Analzeremonien mit allen Utensilien in der Sprechstunde vor mir, richtiger *mit* mir zu erleben und habe es nicht bereut. Die Partizipation wurde wechselseitig inniger.

*

Nun kehren wir zurück zu den Gefahren, die den Analytiker bedrohen, wenn er mit den Trieb- und Ich-Störungen seiner Patienten eins wird.

Beispiel 5. Eine Analytikerin behandelte eine Frau, bei der die lesbischen Ansprüche an die Therapeutin in den Träumen klar ausgesprochen wurden. Nach einer Zeit begann die Analytikerin Nacht für Nacht inhaltlich dasselbe zu träumen wie ihre Analysandin. Diese Identität der Träume – welche ja u. E. eben auf dem Einssein der Dualpartner fußte – erreichte ein Maß, welches die Analytikerin völlig verwirrte, so daß sie darauf paranoid reagierte. Nach schweren Überwindungen erzählte sie dennoch dieses Erlebnis ihrem gewesenen Analytiker, der sie allmählich beruhigen konnte. Der Zufall wollte, daß ich von ihrem Analytiker aufgefordert wurde, ihr – Jahre hernach – ihre eigene Testserie auszulegen. Dabei passierte mir folgendes: Da diese Analytikerin schon seit zehn Jahren selbstständig analysierte, meinte ich – naiverweise –, daß sie ihre eigene, stark ausgeprägte lesbische Neigung längst bewußtseinsfähig gemacht und überwunden hätte. Dem war aber nicht so. Obzwar mich ihr Analytiker aufgemuntert hatte, ihr die Testergebnisse offen auszulegen, wirkte meine Auslegung betreffend ihrer lesbische Anlagen katastrophal. Sie sträubte sich energisch gegen das Testergebnis und zog mich seither auch in ihre paranoide Welt hinein, indem sie über mich erzählt, daß ich sie verfolge.

Dieser Fall weist auf die Gefahr hin, daß die Homosexualität des Patienten die eigene Homosexualität des Therapeuten durch die Partizipation mobilisiert. Der Therapeut gerät dann in die nämliche Triebgefahr, in welcher sein Patient verweilt. Hierzu gehört auch die Erfahrung, daß z. B. ein Analytiker, der wegen seiner Analität in Analyse ging, in die eigene frühere Analität – im Träumen oder Wachen – zurückfällt, wenn er eben einen Patienten mit schweren Analitätspraktiken oder –träumen analysiert. Diese Regressionen sind Hinweise darauf, daß der Analytiker auch nach Beendigung seiner Analyse die Triebgefahren weiter in sich trägt, weshalb eine Reanalyse sich in diesen Fällen im besonderen auf die Ich-Analyse konzentrieren muß, damit der Analytiker dasjenige starke Ich erwirbt, kraft dessen er künftig diesen Triebgefahren erfolgreich widerstehen kann – auch dann, wenn er mit Patienten mit ähnlichen Triebstörungen partizipiert.

Die vorggeführten Beispiele zeigen somit, daß die partizipative Gegenübertragung den Analytiker – falls er nicht ich-stark genug ist – in die Gefahr einer Inversion, Perversion oder einer Psychose zu bringen vermag. Verdrängt der Analytiker diese partizipativ erweckten Ansprüche, so wächst die Gefahr weiter und führt unter Umständen zu einer Wiederkehr der alten Neurose oder sogar zu Wahnbildungen.

Hier möchten wir nur kurz die traurigen Schicksale mancher Analytiker erwähnen, die sich mit Analysen von Psychotikern beschäftigten und dann – eben kraft der enormen Partizipation – selbst verrückt wurden.

*

Wir fassen die sich aus der ich-analytischen Betrachtungen ergebende Lehre über die Ich-Übertragung und Gegenübertragung zusammen:

I. Die Ich-Übertragung ist primär eine *wechselseitige Partizipation* zwischen dem Ich des Analysanden und dem des Analytikers. Im Vorgang des Eins-, Gleich- und Verwandtseins spielt die wechselseitige Projektion der Ich-Kräfte, d. h. der Macht zum Sein, die dominierende Rolle. Das übertragene Material ist dieser Auffassung nach die Seinsmacht des Ichs. Die Projektion von Erotik oder Aggression mit den begleitenden zärtlichen oder groben Gefühlen sind *sekundäre* Begleiterscheinungen der Ich-Übertragungen.

II. Die Quasi-Identität in der Ich-Übertragung von Patient und Therapeut beruht auf Projektion. *Die Heilung aber entsteht durch Introjektion* des Ichs des Therapeuten. Das Ich des Therapeuten wirkt also in der Ich-Übertragungsphase zuerst projektiv und danach – bei der Ablösung vom Analytiker – introjektiv. So wird es ein Teil des gesundwerdenden Ichs.

III. Bei der *positiven* Ich-Übertragung weist der Heilvorgang drei Ich-Phasen auf:

1. Die *projektive* Ich-Funktion: Diese führt zur Partizipation, zum Eins-, Gleich- und Verwandtsein mit dem Therapeuten.

2. Die *inflativ* Ich-Funktion erscheint zur Zeit der beginnenden Heilung, wobei der Analysand so sein möchte wie der Therapeut ist. (Phase der inflativen Seins-Identifizierung.)

3. Die *introjektive* Ich-Funktion wirkt erst nach der Ablösung von dem Analytiker, also am Ende der Analyse. Das Ich des Therapeuten wird dem Ich des Analysanden einverleibt. (Phase der introjektiven Hab-Identifizierung.) Der Patient hat das Ich des Analytikers in Besitz genommen.

IV. Bei der *negativen* Ich-Übertragung sind folgende Phasen zu vermerken:

1. Zunächst die *Projektions*-Phase (wie bei der positiven Übertragung).

2. *Negations*-Phase: der Patient will *nicht so sein* wie der Analytiker.

3. Überwindung der Negation.

4. *Inflations*-Phase: er will schon so sein wie der Analytiker.

5. *Introjektions*-Phase: er hat sich abgelöst und besitzt das Ich des Analytikers.

V. Ich-Übertragung und Gegenübertragung sind sowohl in bezug auf ihre Entstehung wie auch auf die Inhalte identische Vorgänge, die nur Teilerscheinungen der Partizipation darstellen.

Kapitel XXII

KRANKHEITSGEWINN, REAKTIONSBILDUNG UND CHARAKTER ALS WIDERSTAND

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

Im Nachtrag zur Arbeit «Hemmung, Symptom und Angst», 1926, erwähnt S. FREUD als die dritte Form des Ich-Widerstandes den *Krankheitsgewinn*. Er schreibt: «Auch ein Ich-Widerstand, aber ganz anderer Natur» (nämlich als der

Verdrängungs- und Übertragungswiderstand) «ist jener, der vom Krankheitsgewinn ausgeht und sich auf die Einbeziehung des Symptoms ins Ich gründet. Er entspricht dem Sträuben gegen den Verzicht auf eine Befriedigung oder Erleichterung¹.» Aus dieser kurzen Bestimmung des dritten Ich-Widerstandes kann man folgende drei Feststellungen hervorheben. Erstens: Der Kranke kann gegen die Analyse Widerstand leisten einfach aus dem Grunde, weil er aus dem Symptom einen erheblichen Gewinn genießt. Nach FREUDS Bestimmung sei das Symptom Anzeichen und Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung, ein Erfolg des Verdrängungsvorganges². Demnach ist das Symptom an sich schon ein Anfangsgewinn, indem es der Ersatzbefriedigung dient. Zweitens erhöht sich dieser Initialgewinn dadurch, daß das Symptom danach allmählich dem Ich einverleibt wird. Ich-psychologisch heißt das, daß es introjiziert wird. Durch die Einverleibung des Symptoms muß sich das Ich verändern. Diese Ich-Veränderung durch Introjektion nennt die Psa *Reaktionsbildung*. Sie stellt nach der erwähnten Bestimmung FREUDS eine Vorbedingung des Krankheitsgewinns dar und charakterisiert somit diese Art von Ich-Widerstand. Drittens muß der Analytiker in der Widerstandsanalyse gegen diese Reaktionsbildungen kämpfen. Er muß sie rückgängig machen.

Nach FREUDS Auffassung kommt das Ich auch nach dem Verdrängungsakt nicht zur Ruhe. Kaum wird das verdrängte Triebbedürfnis durch ein Symptom ersetzt, so beginnt sofort ein neuer Kampf zwischen dem Ich und dem Symptom. Den ersten Kampf, den zwischen Trieb und Ich, nennt die Psa die primäre, den zweiten, den zwischen Ich und Symptom, die sekundäre Abwehrtätigkeit des Ichs. Diese besteht nun darin, daß das Ich, in dem der Drang nach Synthese vorherrscht, die Fremdheit und Isoliertheit des Symptoms aufzuheben und seiner Organisation einzuverleiben versucht. «Das Symptom ist einmal da und kann nicht beseitigt werden;» – schreibt er – «nun heißt es, sich mit dieser Situation befreunden und den größtmöglichen Vorteil aus ihr ziehen.» So wird das Symptom allmählich mit der Vertretung wichtiger Interessen betraut, es erhält einen Wert für die Selbsterhaltung, verwächst immer inniger mit dem Ich, wird ihm immer unentbehrlicher³. Als Paradigma für diesen Wert des Symptoms wird die narzißtische Befriedigung der Zwangsneurotiker und der Paranoiden vorgeführt. Der Krankheitsgewinn bei den Zwangsneurotikern besteht in der narzißtischen Überheblichkeit, mit der sie durch die überdurchschnittliche Reinlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Mitleidigkeit weit über ihren Mitmenschen zu stehen wähen. Bei den Paranoiden erscheint der Narzißmus im Hochmut. Sie glauben, daß sie durch ihren Beobachtungs- und Scharfsinn, ihr Allesbesserwissen, ihre Prophezeiungsfähigkeit über alle anderen Menschen hervorragen.

Die tiefe Wahrheit dieser Behauptung FREUDS erlebten wir bei einem Zwangsneurotiker in einer Anstalt. Der Patient entwickelte einen Toilettenzwang, indem er hundertmal von dem Sitz ab- und aufsprang, um auf diese Art seine Hose auch von dem unsichtbaren kleinsten Schmutz zu reinigen. Dieser Mann sagte einmal: «Man kann mir meine Fabrik, meine Familie, mein Vermögen wegnehmen, all

¹ FREUD, S.: Ges. Schr. Bd. XI, S. 103.

² Ebenda: S. 28.

³ Ebenda: S. 36.

das werde ich ertragen können, aber meine Zwänge werde ich niemals hergeben, sie sind meine Religion.» (Vgl. dazu auch den Fall 4.)

Bei der Hysterie kommt die Ich-Veränderung durch Introjektion der Hemmungs-, Verdrängungs- und (nach eigenen Untersuchungen) auch durch Entfremdungs-Symptome zustande. Die Reaktionsbildungen von Hysterikern manifestieren sich oft in einem Übermaß von Ekel und Scham. Ekel soll nach der Psa als Reaktionsbildung durch Einverleibung der analsadistischen (Kot) und kannibalistischen Regungen, Schamhaftigkeit als Reaktionsbildung durch Einverleibung der exhibitionistischen Ansprüche oder der Kastrationsangst zustande kommen¹. Sowohl Ekel wie Scham sichern dem Neurotiker einen narzißtischen Gewinn. Die Einschränkung der Ich-Funktionen durch Phobie und Konversionshysterie, wobei sowohl die Motilität wie auch die Sinneswahrnehmung der äußeren Welt eingeschränkt werden (Agoraphobie, hysterische Abasie, Aphonie, Hör-, Riech- und Sehstörungen usw.) können – wie auch bei den Zwangsneurotikern – zum Krankheitsgewinn durch das Nichtarbeitenmüssen führen. Sowohl die zwangsneurotischen wie auch die hysterischen Reaktionsbildungen bedingen schlußendlich Charakterveränderungen, welche – unter Umständen – ebenfalls Gewinnmöglichkeiten narzißtischer Natur sein können.

NUNBERG schreibt: «Der Charakter ist eine Verbindung, besser eine Synthese vieler Züge, Gewohnheiten und Einstellungen des Ich².» Die permanenten Abwehrscheinungen (ANNA FREUD)³, die Hemmung und Vermeidung, die Wiederholung und das Agieren, ferner die einverlebten prägenitalen Triebe (Oralität, Analität, Urethralität, Exhibitionismus) führen ebenfalls zu Charakterbildung. (S. FREUD, ABRAHAM, S. FERENCZI, NUNBERG usf.)

Dem mag wohl so sein. Wir sehen dennoch keinen zwingenden Grund zur Aufstellung einer speziellen Kategorie der «Charakterneurosen», da u. E. Charakter nur dasjenige Stück des Schicksals darstellt, welches durch das Ich bereits ins Ich introjiziert wurde⁴. *Charakter ist somit nur ein Ich-Teil des generellen Schicksals*. Er hängt mit den anderen Aufbauelementen des Schicksals eng zusammen. So besonders mit dem Erb-, Trieb-, Sozial- und Denk-Schicksal und unter Umständen auch mit dem Geistes-Schicksal der Person. Die introjektiven Reaktionsbildungen des Ichs kann man also nur im Zusammenhang mit dem Ganzheitsschicksal betrachten, analysieren und ihre Widerstände aufheben.

B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen

Hier kommen neue Gesichtspunkte zu den erwähnten hinzu, die uns über die Natur des Krankheitsgewinns weiter orientieren. Während die Psa insbesondere die Reaktionsbildungen bei den traumatischen Neurosen analysierte, mußte die Scha die Krankheitsgewinnproblematik auch auf die hereditären Ich- und Triebveränderungen ausdehnen.

Jede hereditäre Ich-Störung kann durch einen spontanen Heilversuch das Ich in seinen Charakterzügen, d. h. in den Reaktionsbildungen, verändern, die

¹ NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre. Huber, Bern und Stuttgart, 1959, S. 183 ff.

² Ebenda: S. 337.

³ FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago publ. Co. Ltd., London, 1946, S. 39.

⁴ Ich-Analyse, S. 369–397.

dann der Analytiker in der Behandlung als Krankheitsgewinnwiderstände zu spüren bekommt. Das latente projektive Paranoid – als Anlage zu einer Psychose – kann dem Ich im mißtrauischen, überaus vorsichtigen «paranoiden Charakter» einverleibt werden. Das verborgene inflative Paranoid erscheint als Reaktionsbildung im überschwänglichen, schwärmerischen, besessenen oder im Querulanz-Charakter. Die Anlage zur magisch-autistischen Schizophrenie prägt sich des öfteren in einem wissensgierigen, okkulten Charakter aus, der äußerst materialistisch mit den «okkulten Mächten» hantiert (Yoga, Graphologie, Astrologie usw.). Die katatoniforme, negativistische Anlage gibt dem Charakter die destruktive Prägung von einem «Geist, der alles verneint». Die epileptiforme Anlage erscheint im Charakter als Klebrigkeit, als kainitischer Zug, d. h. als Neid, Rache, Zerstörungswut oder aber als Drang, stets das Gerechte und Gott zu suchen.

Bei den traumatischen Neurosen kämpft das Ich gegen jene Symptome, welche die unterbliebenen Triebbefriedigungen ersetzen (sekundäre Abwehrtätigkeit). Bei den hereditären Ich-Störungen dagegen muß das Ich seinen Kampf gegen die unterdrückten Erbsymptome, d. h. gegen die Ahnenansprüche, gegen die latenten Genotypen, führen. In diesem heroischen Kampf gegen die Ahnen- einbrüche verändert sich aber der Charakter – als Träger aller Reaktionsbildungen – in einem noch höheren Maße als bei den traumatischen Neurosen. Denken wir nur an die tiefen Charakterveränderungen bei Epileptikern. Bei hereditären Ich-Störungen muß das Ich zumeist gleichzeitig mit zwei oder sogar mit mehreren Ahnenfiguren kämpfen, die aus dem familiären Ubw in Form von besonderen krankhaften Existenzen, als Erbsymptome, hinauszutreten versuchen. Als Beispiel erwähnen wir die Koexistenz der Epilepsie und des Paranoiden, den Zwang und die Schizophrenie¹ in der Latenz. Demnach muß sich das Ich in diesem Kampf gleichzeitig auf mehreren Fronten durch verschiedenartige Reaktionsbildungen verändern, die den Widerstand in der Behandlung noch vielfach vermehren. Hier stoßen wir an Probleme, die erst im dritten Teil des Buches erörtert werden können.

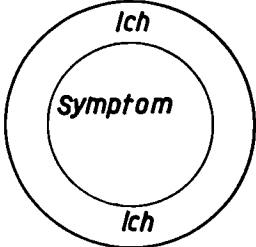
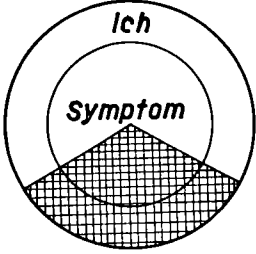
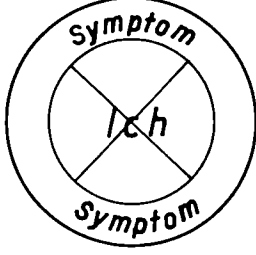
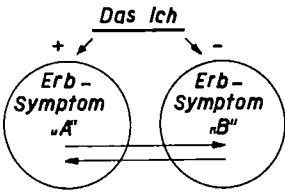
Tab. 6 gibt einen schematischen Überblick über die führenden Schicksalsmöglichkeiten des Ichs, die durch seinen Kampf mit den erworbenen Symptomen bei den traumatischen Neurosen und mit den Erbsymptomen bei den hereditären Ich-Störungen zustande kommen können.

Die Technik der Widerstandsanalyse gegen die Reaktionsbildung, den Charakter und Krankheitsgewinn fußt im Grunde auf den gleichen Vorgängen wie bei den andern zwei Ich-Widerständen. Nur ist hier die Arbeit des Analytikers bedeutend schwieriger und auch gefährlicher als bei den einfacheren Verdrängungs- und Übertragungswiderständen. FREUD sagt: «Unsere Bekämpfung des Widerstandes in der Analyse gründet sich auf eine solche Auffassung desselben. Wir machen den Widerstand bewußt, wo er, wie so häufig, infolge des Zusammenhanges mit dem Verdrängten selbst unbewußt ist; wir setzen ihm logische Argumente entgegen, wenn oder nachdem er bewußt geworden ist, versprechen dem Ich Nutzen und Prämien, wenn es auf den Widerstand verzichtet².» Bei den Verdrängungs- und Übertragungswiderständen gelingt es dem Analytiker durch Traumanalysen zumeist, jene Triebbedürfnisse aufzudecken, welche zum Sym-

¹ Näheres siehe Dritter Teil, Klinik, Kapitel XXXVIII.

² FREUD, S.: Hemmung, Symptom, Angst. Ges. Schr. Bd. XI, S. 101.

Tab. 6. Schicksalsmöglichkeiten des Ichs
im Kampf gegen die erworbenen und hereditären Symptome (mit Abb. 12)

Schicksalsmöglichkeiten des Ichs im Kampf gegen die Symptome	Schema des Kampfes: (Abb. 12)	Stationen des Prozesses	Bei folgenden Krankheiten
<p>I. Narzisstisches Schicksal: Gewinn: Eigenliebe</p>		<p>Das Ich hat das Symptom einverleibt Krankheitsgewinn: Narzißmus 1. Introjektion 2. Reaktionsbildung 3. Ichveränderung 4. Charakterveränderung</p>	<p>1. Zwangsneurose 2. Melancholie 3. Inflatives oder projektives Paranoid, Querulanz</p>
<p>II. Einschränkendes, vermeidendes Schicksal Gewinn: Gefahrlosigkeit</p>		<p>Das Symptom beschränkt und hemmt die Funktionen des Ichs Krankheitsgewinn: Die Vermeidung 1. Hemmung (Vermeidung) 2. Verdrängung 3. Entfremdung</p>	<p>1. Phobie (Angsthysterie) 2. Konversionshysterie</p>
<p>III. Zerstörerisches Schicksal Gewinn: Rache- befriedigung</p>		<p>Das Symptom zerstört das Ich Krankheitsgewinn: Rache 1. Negativismus 2. Ichverlust</p>	<p>1. Katatonie 2. Hypomanic, Manic 3. Sucht 4. Selbstmord 5. Epilepsie</p>
<p>IV. Abnenkampf als Ich-Schicksal Gewinn: Vermeidung der schwersten Erbkrankheiten</p>		<p>Zwei Erbanlagen kämpfen miteinander im familiären Ubw. Das Ich erlebt den Kampf und wählt das erträglichere Erbsymptom</p>	<p>Beispiele: 1. Ekzem ↔ Asthma 2. Migräne ↔ Epilepsie 3. Paranoid ↔ Zwang 4. Paranoid ↔ Epilepsie</p>

ptom bzw. zu Übertragung und Widerstand führten. Auch die reifere Umstellung des Ichs zu den aufgewiesenen Regungen geht relativ nicht schwer. Bei der Widerstandsanalyse gegen den Charakter und Krankheitsgewinn stößt aber der Analytiker an die Mauer der versteinerten Reaktionsbildungen an. Die Aufdeckung des Verdrängten gelingt zwar oft auch hier; dennoch kann man den Panzer des Charakters schwer durchbrechen. Das Symptom wurde ja hier mit den Jahren durch Introjektion zum integrierenden Bestandteil des Ichs und des Charakters, der noch dazu der Person einen narzißtischen oder sozialen Gewinn sichert, oder aber sie gegenüber den inneren und äußeren Gefahren zu schützen vermag. Die im Charakter der hysterischen Individuen fest eingebauten Ekel- und Schamschranken oder die im Zwangscharakter befestigten Reinlichkeitszeremonien und Ordnungspedanterien verschwinden auch dann nicht, wenn der Analytiker die introjizierten Symptome und die hintergründigen Triebregungen den Patienten immer wieder aufzeigt und sie zu einer reiferen Stellungnahme auffordert. Man kann zwar versuchen, den Charakterpanzer durch Anwendung irgendeiner aktiven Technik zu brechen. Zumeist gelingt dies aber nur für eine kurze Weile. *Bei den hereditären Störungen ist sogar die Zerstörung des Charakterpanzers u. E. kontraindiziert, weil ja dieser Panzer die Patienten gegen schwere Erbsymptome schützt.* Hier ist dieser Charakterpanzer ein Produkt der Spontanheilung einer schwerwiegenden Erbkrankheit. Zerbricht der Analytiker den Zwangscharakter, so muß er – öfter als man es wahrnehmen will – mit dem Erscheinen des Paranoiden oder der inflativen Hypomanie rechnen. Dasselbe erfahren wir bei Abbau eines Querulanzcharakters. Darum mahnt die Scha die Analytiker vor unbedachten Zerstörungen der Schutzmechanismen des Charakters.

Kapitel XXIII

DAS UNBEWUSSTE ALS WIDERSTAND DER WIEDERHOLUNGSZWANG UND DAS AGIEREN

A. Es-Widerstand bei den traumatischen Neurosen

Mehr als ein Vierteljahrhundert hat es gebraucht, bis S. FREUD seine ursprüngliche Idee, nach der alle Widerstände vom Ich geleistet werden, aufgab. Es war zu verlockend, das Ich allein sowohl für die Verdrängungen in der Entstehung der traumatischen Neurosen wie auch für die späteren Widerstände in der Behandlung verantwortlich zu machen, da damit die Allmacht der generellen Konzeption bezüglich des «Trieb-Ich-Kampfes» im Psychischen unversehrt blieb. Diese Idee mußte aber 1926, zur Zeit der ersten allgemeinen Revision fast aller grundsätzlichen Begriffe der Psa, ebenfalls aufgegeben werden. Mit einem weisen Trost schreibt FREUD an die Adresse seiner Schüler: «Lassen wir uns solche Korrekturen nicht verdrießen; sie sind erwünscht, wenn sie unser Verständnis um ein Stück fördern, und keine Schande, wenn sie das Frühere nicht widerlegen, son-

dern bereichern, eventuell eine Allgemeinheit einschränken, eine zu enge Auffassung erweitern¹.»

Nun faßte FREUD den Mut, seine Widerstandstheorie – abgesehen vom Ich – mit zwei anderen Quellen zu erweitern, und zwar mit dem Unbewußten und dem Über-Ich.

Über die Rolle des Unbewußten in der Widerstandsanalyse schreibt er: «An dem Widerstand des Ichs ist also nichts zu bezweifeln oder zu berichtigen. Dagegen fragt es sich, ob er allein den Sachverhalt deckt, der uns in der Analyse entgegentritt. Wir machen die Erfahrung, daß das Ich noch immer Schwierigkeiten findet, die Verdrängung rückgängig zu machen, auch nachdem es den Vorsatz gefaßt hat, seine Widerstände aufzugeben, und haben die Phase anstrengender Bemühung, die nach solchem löblichem Vorsatz folgt, als die des ‚Durcharbeitens‘ bezeichnet. Es liegt nun nahe, das dynamische Moment anzuerkennen, das ein solches Durcharbeiten notwendig und verständlich macht. Es kann kaum anders sein, als daß nach Aufhebung des Ich-Widerstandes noch die Macht des Wiederholungszwanges, die Anziehung der unbewußten Vorbilder auf den verdrängten Triebvorgang, zu überwinden ist, und es ist nichts dagegen zu sagen, wenn man dies Moment als den Widerstand des Unbewußten bezeichnen will².» Damit begründet FREUD die Annahme eines «*Es-Widerstandes*» als die vierte Art des Widerstandes, und als ihre Manifestationsform bezeichnet er die *Wiederholungszwänge*.

Was soll man unter Wiederholungszwang verstehen? In einer älteren Arbeit zur Technik³ lautet FREUDS Antwort: «Natürlich wird uns das Verhältnis dieses Wiederholungszwanges zur Übertragung und zum Widerstande in erster Linie interessieren. Wir merken bald, die Übertragung ist selbst nur ein Stück Wiederholung, und die Wiederholung ist die Übertragung der vergessenen Vergangenheit nicht nur auf den Arzt, sondern auch auf alle anderen Gebiete der gegenwärtigen Situation. Wir müssen also darauf gefaßt sein, daß der Analysierte sich dem Zwang der Wiederholung, der nun den Impuls zur Erinnerung ersetzt, nicht nur im persönlichen Verhältnis zum Arzte hingibt, sondern auch in allen anderen gleichzeitigen Tätigkeiten und Beziehungen seines Lebens, zum Beispiel wenn er während der Kur ein Liebesobjekt wählt, eine Aufgabe auf sich nimmt, eine Unternehmung eingeht. Auch der Anteil des Widerstandes ist leicht zu erkennen. Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren (Wiederholen) ersetzt sein⁴.»

In dieser Aussage FREUDS über das Wesen des Wiederholungszwanges wurden auch für die Scha gewichtige Behauptungen niedergelegt.

Erstens, daß der Wiederholungszwang nicht beim Verhältnis zum Arzt stehenbleibt, sondern daß er sich auf die Wahl in der Liebe, in den Aufgaben und Unternehmungen des Patienten ausdehnt. Hier nähert sich FREUD – äußerst vorsichtig – dem Gesetz des Genotropismus, nach dem ja die nämliche verborgene Anlage die Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod – wie aus einer Zentrale – lenkt. Zu dieser Zeit, 1926, hat er aber die Rolle der Ahnen im Schicksale des Einzelnen noch nicht gesehen, vielleicht indessen geahnt. Erst 1938, kurz vor

¹ FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. Nachträge. S. 102.

² Ebenda: S. 102.

³ FREUD, S.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (1914). Ges. Schr. Bd. VI (Technik).

⁴ Ebenda: S. 113.

seinem Tode, in dem unvollendeten Abriß, sprach er zum ersten Male davon, daß der Mensch im Traum «*durch das Erleben der Ahnen beeinflusst*» werden kann¹. (Zweite Revision der Psa.)

Zweitens ist der Wiederholungszwang nach FREUDS Bestimmung eine Übertragung der vergessenen Vergangenheit. Dabei denkt er hier noch ausschließlich an die persönliche und nicht – wie die Scha – auch an die familiäre Vergangenheit.

Drittens behauptet FREUD, daß der Wiederholungszwang sich im *Agieren* manifestiert, mit welchem der Analysand das Erinnern zu ersetzen versucht. Er *erinnere* überhaupt nichts von dem Vergangenen und Verdrängten, sondern er *agiere* es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er *wiederholt* es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt². Wir werden zeigen können, daß das, was der Patient agiert, nicht nur Erlebnisinhalte der Frühkindheit, sondern sowohl bei den traumatischen Neurosen wie insbesondere bei hereditären Ich-Störungen – auch Ahnenansprüche darstellen, an die ja der Kranke sich nicht zu erinnern vermag; er kann sie nur agieren.

Die Inhalte der Wiederholungszwänge bei traumatischen Neurotikern sind: Hemmungen, unbrauchbare Einstellungen, krankhafte Charakterzüge, Symptome wie Trotz, Etwas-nicht-zu-Ende-führen-Können, Schamreaktionen usf., ferner neue Triebregungen, die erst in der Analyse zu Wiederholungsthemata werden, und insbesondere frühkindliche Lebensschädigungen.

Bevor wir auf die eminente Rolle der Wiederholungszwänge aus dem familiären Unbewußten übergehen, müssen wir noch unsere Kenntnisse über das «gefürchtete» Phänomen des Agierens zusammenfassen und es durch Beispiele darstellen.

Über das Agieren

Wir suchen die Antwort auf folgende Fragen:

1. Was ist Agieren? 2. Welche Arten von Kranken agieren am häufigsten? 3. Welche Formen weist das Agieren auf? 4. Wie kann man den Sinn des Agierten analytisch eruieren? 5. Wie ist es möglich, den agierenden Patienten in einen Erinnernden zu verwandeln?

1. Was ist Agieren?

Agieren heißt, daß der Analysand den Impuls zum Erinnern des Verdrängten durch den Zwang zur Wiederholung des Vergessenen in Form einer Tat ersetzt³. Zu dieser Begriffsbildung gibt FREUD einige Beispiele.

Beispiel 1. Patient benimmt sich trotzig und ungläubig gegen den Arzt und kann sich nicht erinnern, daß er sich in seiner Kindheit gegen die Autorität der Eltern genau so trotzig und ungläubig benommen hat. Dieses Beispiel weist auch auf die enge Beziehung zwischen dem Agieren und der Übertragung hin.

¹ FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke, London, Bd. XVII, S. 89.

² FREUD, S.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. Schr. Bd. VI, S. 112.

³ FREUD, S.: Zur Technik. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. Schr. Bd. VI, S. 112.

Beispiel 2. Ein Analysand jammert darob, daß ihm im Leben nichts gelinge, daß es sein Schicksal sei, niemals eine Unternehmung zu Ende zu führen. Er agiert und wiederholt nach FREUD das, was er vergessen und verdrängt hat, nämlich, daß er in seiner infantilen Sexualforschung rat- und hilflos steckengeblieben ist.

Beispiel 3. Ein Patient FREUDS schämt sich der Behandlung und versucht, sie vor allen Leuten geheimzuhalten. Dabei erinnert er sich nicht, daß er wiederholt, was er in der Kindheit tat, als er sich der Onanie intensiv geschämt und ihre Entdeckung gefürchtet hatte¹. Das nachfolgende

Beispiel 4 stammt von H. NUNBERG: «Eine Patientin entwickelte eine besonders intensive Neugierde auf mein Privatleben. Ich konnte ihr natürlich diese Neugierde nicht befriedigen, machte sie aber auf Grund ihrer sich daran knüpfenden Einfälle aufmerksam, daß sie in einem bestimmten Abschnitte ihrer Kindheit ihre *Schaulust* befriedigt haben mußte. Sie konnte sich an nichts erinnern. Vor dem Einschlafen dachte sie weiter intensiv darüber nach, es fiel ihr aber nichts ein; statt dessen übermannte sie der Wunsch, zu onanieren, dem sie auch nachgab. Am nächsten Tage, als sie vor dem Ausgehen angekleidet vor dem Spiegel stand, öffnete sie plötzlich ihre Bluse und schaute ihre Brüste an. Nachdem sie mir dies alles in der Stunde erzählt hatte, erinnerte sie sich auf einmal mit ungeheurer Erleichterung, daß sie in der Kindheit ihrem um drei Jahre jüngeren Bruder die Hosen zu öffnen und sein Genitale zu beschauen pflegte².»

Aus meiner Praxis soll hier folgender Fall stehen:

Lachanfälle als Agieren im Fall 11. Ein paranoider Querulant, ein latent homosexueller Sprachlehrer, den ich in einer Anstalt wegen seiner Angst, sich mit einem Medikament vergiftet zu haben, behandelte, produzierte in der Analyse den anscheinend unmotivierten und inadäquaten Wiederholungszwang, Minuten hindurch *laut schallend zu lachen*. Als ich ihn aufforderte, zu sagen, was ihm zu diesem Lachanfall einfallt, erteilte er die monotone Antwort, daß ihm nichts einfallt. Nachdem mir klar wurde, daß der Patient durch den Wiederholungszwang der Lachsalven eben *das* reproduzierte und agierte, *was* er verdrängte und woran er sich nicht erinnern kann, forderte ich ihn auf, sich *nicht* zu erinnern, sondern so lange zu lachen, wie es ihm beliebt. Er tat es nun mit Freude und fiel über $\frac{3}{4}$ Stunden von einem Lachanfall in den andern. Nachdem er völlig erschöpft auf der Couch lag, forderte ich ihn auf, zu sagen, was ihm jetzt einfallt. Da erinnerte er sich plötzlich an die nachfolgende Szene aus seiner Kindheit. Er erzählt: «Ich war etwa 4–5 Jahre alt und stand eines Morgens im Schlafzimmer meines Vaters. Die Mutter war nicht anwesend, und der Vater wollte eben aus dem Bett steigen. Er forderte mich auf, mich umzudrehen und durch das Fenster auf die Straße zu schauen. Das tat ich. Da sah ich plötzlich im Spiegel des Fensterglases das Genitale des Vaters und begann hemmungslos zu lachen. Ich konnte das Lachen nicht einstellen, so daß Vater mich zornig aus dem Schlafzimmer wies.» – Das war also das Vergessene und Verdrängte, was der Analysand agierte. Und noch mehr: Er teilte mir anschließend mit, daß er in der Stunde des öfteren mein Genitale zu sehen wünschte; er unterdrückte aber diesen Wunsch, und statt ihn zu bekennen,

¹ Ebenda: S. 112–113.

² NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre. Huber, Bern und Stuttgart, II. Aufl., 1959, S. 281.

fang er an, zu lachen. Dieses Beispiel ist gleichzeitig auch ein Hinweis darauf, wie man in bestimmten Fällen dem Agieren ein Ende machen kann.

Die vorangehenden fünf Beispiele sollen genügen, um zu zeigen, was Agieren in der Analyse bedeutet. Nun die zweite Frage:

2. Welche Arten von Kranken agieren am häufigsten?

Die Antwort kann nur auf Grund der Empirie erteilt werden. Wir zählen die Arten zuerst einfach auf:

A. Agierende Geistesranke. a) Manisch-depressive Psychotiker; b) haltlose Süchtige: Alkoholiker, Morphinisten; c) projektive, inflative und heboide Paranoide; d) Paranoide auf epileptischer Basis (BUCHHOLZ), zumeist mit tötender Gesinnung; e) selbstdestruktive Psychotiker aller Art (Selbstmordkandidaten, Selbstzerstümmler usf.).

Bei diesen agierenden Kranken kommt natürlich die *freudsche* Psychoanalyse in ihrer üblichen Form nicht in Frage, da ja hier die Einfallsmethode auf der Couch undurchführbar ist. In der Psychoseotherapie von ROSEN, BENEDETTI, MORENO usf. wird dem Agieren der Patienten des öfteren durch ein noch mächtigeres *Gegenagieren des Arztes* entgegengekommen. Das Agieren wird durch die partizipative Macht des Arztes gebrochen. Dieses Behandlungsverfahren hat aber u. E. nur dann eine Dauerwirkung, wenn nach der wechselseitigen Agierensphase die Partizipation zwischen dem Kranken und dem Arzt so weit hergestellt ist, daß eine zweite Periode, die der *Ich-Analyse*, eingeführt werden kann, in welcher das Ich des Kranken das heilende Ich des Arztes allmählich einbauen sollte, allerdings ein äußerst schwieriger Versuch. Dennoch kann es gelegentlich in der Ich-Analyse gelingen, den Kranken so weit zu bringen, daß er nun nicht mehr agiert, sondern schon zu erinnern vermag.

B. Agierende Psychopathen. Die Scha versteht unter Psychopathen Individuen, die ihre Psychose dem *Charakter* eingeprägt haben. Das will sagen: sie entwickeln nicht Wahnideen, Halluzinationen usf., sondern sie leben deren Inhalte durch das agierende Verhalten in der Tat aus. Die meisten Psychopathen verdrängen ihre pervertierten oder invertierten Ansprüche nicht, sondern leben sie genau so in nativer Form aus wie ihre Affekte. So lebt der Sexualpsychopath seine Perversionen oder Inversionen, der paroxysmale Affektpsychopath seine tötenden, kainitischen Impulse, der inflativ-paranoide Psychopath seine Egodiastole (Größenideen), der zirkuläre Psychopath seine orale oder anale Haltlosigkeit (Trunksucht, Morphinismus, anale Praktiken) in der Tat so oft aus, wie ihm die Umwelt dazu Anlaß und Möglichkeit bietet. *Der psychopathische Charakter reagiert eben bei jeder Gelegenheit mit Agieren*, so auch in einer analytischen Situation. Dem Psychopathen fehlt die Mitte, d. h. die ethische, moralische, die Realität ernst prüfende, vernünftige und geistige Zensur. Somit steht für ihn der Weg zum Agieren der sexuellen, der analen und oralen Ansprüche mit ihren entsprechenden Affekten ständig offen. Daher ist die übliche Form einer Analyse bei Psychopathen unmöglich. Man kann bei ihnen nur eine Art von *Psychagogik* in Form von Führung und Haltgeben, ihnen als Stock zu dienen versuchen, aber keine Psychoanalyse mit der klassischen Einfallsmethode *lege artis* durchführen. Nun kommen wir zu der Erörterung der wichtigsten Gruppe der

C. Agierende Neurotiker.

a) *Die Gehemmten.* Eine der merkwürdigsten Paradoxien in der analytischen Behandlung ist, daß bestimmte gehemmte Neurotiker in der Analyse heftig agieren. Diese Paradoxie wird sofort verständlich, wenn man bedenkt, daß das komplementäre, hintergründige Ich bei der Hemmung eben das *autistisch undisziplinierte* Ich ist, wie wir 1956 in der «Ich-Analyse» aufgezeigt haben¹. Der gehemmte Neurotiker hemmt in der Analyse nur das Erinnern an das Vergessene, hingegen lebt er auf der Couch häufig seine in der Außenwelt gehemmte autistisch-undisziplinierte Existenzform aus.

b) So agieren die *Zwangsneurotiker* ihre *analsadistischen Ansprüche*. Sie können sich zu Beginn der Analyse nicht erinnern, sondern wollen ihre Zwänge *vor dem Analytiker «abreagieren»*. Diese Patienten hegen die Auffassung, daß sie nur durch das Abreagieren der krankhaften Handlungen bzw. Affektausbrüchen vor dem Analytiker von ihren Zwängen erlöst werden könnten.

Die dritte Gruppe der agierenden Neurotiker bilden:

c) *die inflativen Neurotiker und die Besessenen.* Hier treffen wir Neurotiker mit *Ich-Erweiterungen* (Egodiastole), *bisexueller Erotomanie*, häufig mit *exzessiver Onanie*, mit *Querulieren* (leichteren Grades) und *mit religiöser Besessenheit*. Es ist oft schwer, diese Kranken – auf Grund des klinischen Verhaltens – von den Psychopathen abzugrenzen. Differentialdiagnostisch sind dennoch die bekannten Anhaltspunkte wegweisend. Erstens unterscheiden sich die inflativ agierenden Neurotiker von den Psychopathen dadurch, daß sie zumeist eine äußerst strenge ethisch-moralische und geistig sublimierende «seelische Mitte» besitzen; hingegen ist die realitätsprüfende Stellungnahme bei ihnen zu schwach. Nur in diesem letzten Punkt weisen sie mit den agierenden Psychopathen eine Ähnlichkeit auf. Die massiven, hartnäckigen, jeglicher Einsicht trotzensen Wahnvorstellungen und Halluzinationen fehlen bei ihnen völlig, und eben dies unterscheidet sie von den Psychotikern. Während die in der Analyse agierenden Zwangsneurotiker häufig ihre analsadistischen Ansprüche agieren, führen die Inflativen zumeist ihre bisexuellen oder homocerotischen Ansprüche getarnt auf die Bühne. Die inflativen Neurotiker agieren aber periodisch auch in *projektiver* Form, also mit Anfällen von Beschuldigungen, Beeinträchtigungen. (Siehe Fall 4.)

D. *Die paroxysmalen Neurotiker* führen auf der Bühne des Agierens die groben Affekte, die tötende Gesinnung des Kain, die vasoneurotischen Anfälle auf. Eine häufige Agierensform dieser Krankengruppe ist, auf der Couch plötzlich schwere Schwindel-, Ohnmachts-, Migräne- oder verwandte Anfälle zu produzieren, im besonderen aber eine epileptiforme Aura, wobei sie plötzlich von der Couch aufspringen, den Analytiker töten oder aus dem Sprechzimmer weglaufen wollen. (Fall 18, 50.)

Bei einer äußerst häufigen Agierensform kombiniert der Patient die epileptiformen Kainsausbrüche mit paranoiden Beschuldigungen und Mißtrauen.

Fall 18. *Das Agieren des Kains in der Analyse eines Querulanten.* Ein 27jähriger Psychologe, ein paroxysmal-inflativer, äußerst begabter Neurotiker, agierte in einer Stunde mit folgenden kainitischen und projektiven Ausbrüchen, nachdem

¹ SZONDI, L.: Ich-Analyse, Huber, 1956, S. 295 ff.

er die Analyse für zwei Wochen spontan abgebrochen und sich selbst analysiert hatte. Er brachte einen Traum, in dem er am Bauch operiert wurde.

«Ich stehe da mit einem offenen Loch im Bauch. Ist das die Analyse, die in meinen Eingeweiden herumhantiert? Ich hänge über einem Abgrund¹. *Ich möchte aufspringen und Sie erwürgen. Habe rasende Mordgedanken gegen Sie!* Warum habe ich diesen Kain in mir? Gegen den Vater? Gegen das Kinderfräulein? Gegen die Mutter? Ach, diese unendlich aufgestaute Wut! Weil ich nicht die Mutter hatte, habe ich jetzt den Kain! *Ich kann fast nicht atmen!* Ich suche einen Ausweg. Wenn ich alle zerschmetterte, bringt es mir auch nicht Ruhe. Es ist die Leere . . . Ich möchte sie alle (d. h. Vater, Mutter, Kinderfräulein, Analytiker) auf Räder spannen, zertreten, quälen . . . ich zerschlage sie, ich werfe sie alle in glühendes Blei, ich schwinge ein Schwert, zerspalte sie . . . (Er agiert immer heftiger.) . . . Es hilft nicht, es würgt mich weiter, ich habe Brechreiz . . . (Nach einer Pause setzt er fort.) Es ist doch was anderes! Ich könnte eine Stunde lang diesen Kain-Orgasmus aussprechen. . . *Ich bin in der Analyse keinen Schritt weitergekommen.* Es hilft mir nicht . . . Nebel . . . Feuer . . . Mord . . . Sichel . . . Das ist der Kain. . . Ich weiß, was es ist. Es ist nicht etwas Persönliches . . . es ist etwas aus dem Familiären . . .»

Die nächste Stunde beginnt er mit Vorwürfen: «Die letzte Stunde hat mich aufgewühlt. Ich fühle, daß Sie mich zu früh in das Familiäre eingeführt haben. Das eminent Wichtige ist aber doch das Persönliche! Die Leere verfolgt mich, und die sollte gelöst werden . . .»

Ein andermal beginnt er das Agieren mit dem Wort: «Ohnmacht! Vor Ihnen! Ich wollte geliebt werden. Toreador . . . glänzendes Schwert mit Blut verschmiert . . . Arena . . . ich rase herum mit dem Stier, der mit erigiertem Penis auf mich zukommt . . . Der Vater kommt mit dem Messer mir entgegen . . . kreisende Sonne . . . sie ist das Symbol des *Widerstandes* . . . Wirbel- und Feuerrad . . . *Warum habe ich Angst vor Ihnen?* Papa hat Aufgaben gestellt . . . Ohnmacht! Habe keinen *Halt bei Ihnen* . . . In der Selbstanalyse hingegen stieg alles frei auf! Schon als Kind schämte ich mich, etwas aufzuzeigen. Es ist das Mädchen in mir, das seine Gefühle nicht zeigen will . . . Ich möchte Ihr liebes Kind sein, etwas für Sie leisten . . . (Plötzlich wird er wieder wütend.) Falsch, unecht! Japan, China, Harakiri, Selbstmord, Goldfische, Zwerge im Garten, Urin und Stuhlgang will ich verbergen . . . die anale-urethrale männliche Sexualität. Ich will Ihnen gegenüber das Mädchen sein, im Hintergrund steht aber der Kain, der dann ausbricht. Dieser Kain beschmutzt sich mit Urin und Kot . . . *Warum aber der Widerstand?* Von Pissen und Scheißen zu sprechen, habe ich abgelehnt . . . Stuhlgang, Käse, Füße, Kastration . . . Der Grund meiner Neurose liegt in dieser Sexualität . . . Ich werfe in der Phantasie gegen das Kinderfräulein einen Kotball . . . ich habe sie gebissen, wenn sie mich schlug . . . Möchte mein Bett mit Kot beschmieren, stoße mir Kot in den Mund . . . Schrecklich! *Ich habe Angst, zu assoziieren . . . Ich muß etwas vollbringen in der Stunde*, hier . . . zu Hause fällt mir alles leicht ein . . . Vor mir selber bin ich nicht ohnmächtig. Hier bei Ihnen habe ich das Gefühl, ich mache etwas falsch . . . Es kommt einfach nicht. Ich sehe den Wolf mit den sieben Geißlein . . . Sie sind der Wolf, und Sie essen die sieben Geißlein . . . meine Kindheitserlebnisse! . . . Ich bin wie eine Katze, die allen das Gesicht zerkratzt . . . Wenn ich den Vater entmannt, das Kinderfräulein vergewaltigt hätte . . ., dann hätte ich jetzt Ruhe, dann würde der Kain still. *Ich habe Angst, Ihnen den Kain zu zeigen* . . . Ich fühle, daß ich da an Widerstände anstoße . . . Helfen Sie mir, sagen Sie mir etwas! Helfen Sie mir!»

Da sagte ich ein einziges Wort: «Macht.»

¹ Dieses Gefühl äußern oft Epilepsiekonduktoren.

Er: «Ah . . . Ich habe heftige Abwehr gegen dieses Wort. (Er agiert wieder wütend.) Sicher geht es um die Macht . . . Ich erzähle Ihnen lieber gar nicht, weil ich niemandem Macht geben kann! Ich hatte Angst vor der Übermacht Papas, des Kinderfräuleins und jetzt vor Ihrer Übermacht! Darum will ich Ihnen nichts von Macht geben! Kain erträgt die Macht Papas nicht. Macht heißt: mich kastrieren, ohne Macht zu sein. Hier in der Analyse bin ich Ihrer Macht ausgeliefert . . . Darum raffe ich alle Macht *in mir* zusammen und gebe nichts von meinem Innern Ihnen hin . . .» Er steht auf und schließt dieses lange Agieren mit dem Eingeständnis: «Heute zum erstenmal fühle ich mich wie ein vierjähriges Kind . . .»

*

Auf Grund der angeführten Beispiele stellen wir fest: Unter den Neurotikern agieren am häufigsten 1. die paroxysmal-epileptiformen, 2. die inflativen Neurotiker, im besonderen aber 3. die paroxysmal-inflativen und projektiven, *narziß-tischen* Mischneurotiker. 4. Seltener ist das Agieren bei den Gehemmten, Angst-hysterikern und Zwangsneurotikern zu finden.

Beim Agieren der Psychopathen und Psychotiker ist die übliche Einfallsmethode wegen des fast ununterbrochenen Agierens undurchführbar.

3. Welche Formen kann das Agieren aufweisen?

Auf Grund dessen, *was* der Kranke agiert, kann man folgende Formen aufstellen:

a) *Affektives Agieren*. Im besonderen werden die groben Affekte, d. h. Wut, Haß, Zorn, Rache, Neid und Eifersucht, also die Affekte Kains, agiert. Am häufigsten findet man diese Form bei den paroxysmalen Neurosen, so bei der epileptiformen und paroxysmal-inflativen Neurose. Seltener werden auch die erotischen Affekte der Liebe agiert, so bei der Hysterie.

b) *Motorisches Agieren*. Zwangshandlungen, andere Symptome wie Pseudo-Angina pectoris, Glucksen, Tics, asthmatischer Anfall, Migräne, lähmungs-gleiche Sensationen, Incontinentia urinae (z. B. bei Blasenneurosen), Ohnmachtsanfälle usf.

Was wird also agiert? Im allgemeinen kann man sagen, daß der Patient sowohl *eine frühkindliche Verhaltensweise* gegen die Autorität der Eltern (Trotz, Scham, Schau- und Zeigelust), als *eine traumatische Reaktion* auf Unfall, Krieg, Schreck, erotische Erlebnisse, ja sogar die *erlebte und ad hoc introjizierte Szene* – als Symptom –, wie auch *alle groben und feinen Affekte*, die diese motorischen Symptome begleiten, agieren kann.

4. Warum agieren die Kranken? Das Erinnern und das Agieren

Wir können auf diese theoretische Frage leichter eine plausible Antwort finden, wenn wir zuerst die physiologischen Unterschiede zwischen dem Prozeß des Agierens und dem des Erinnerns betrachten. Erinnern heißt physiologisch so viel, daß bestimmte Erinnerungsbilder, welche in den Nervenzellen der Hirnrinde als Engramme (SEMON) niedergelegt wurden, durch irgendeinen aktuellen inneren oder äußeren Reiz wieder hervorgerufen, ekphoriert (SEMON) werden. Der Weg

von dem Wiederbeleben und -erleben früherer Sinneswahrnehmungen oder Erlebnisse, also von dem Ekphorieren, geht über das Ich, das diese ekphorierten Erinnerungsbilder auffängt. Wir sprechen dann vom Bewußtmachen älterer Erinnerungsbilder. Die in den Zellen der Hirnrinde aufbewahrten alten Erinnerungsbilder sind so lange unbewußt, als ein aktueller Reiz oder eine Lebenssituation sie nicht wachruft und durch das Ich bewußt machen läßt. Der Akt des Wiederbewußtmachens ist für bestimmte Erinnerungsbilder leicht, für andere – für die unbehaglichen – hingegen äußerst schwierig. Die leicht bewußtwerdenden Erinnerungsbilder nennt S. FREUD *vor-bewußt* (vbw), diejenigen hingegen *unbewußt* (ubw), welche auf dem Wege der Bewußtwerdung – wegen ihrer verpönten Inhalte – auf massiven Widerstand stoßen. Diese sind die *verdrängten und vergessenen* Erinnerungen. Auf Grund dieses Tatbestandes spricht die Psychoanalyse bekanntlich von einem *«latenten vorbewußten»* und einem persönlich *«verdrängten Unbewußten (Ubw)»*, einem *Es*. Die verdrängende Funktion des Ichs ist die die Realität prüfende Stellungnahme.

Die Psa setzte sich nun die Aufgabe, mit Hilfe der sogenannten Einfallsmethode eben diese verdrängten Erinnerungsbilder dem Bewußtsein – trotz Widerstandes – zuzuführen. Die psychologischen Schritte sind hier somit die folgenden:

1. Eine sinnliche Wahrnehmung, eine motorische Aktion, eine Szene eines traumatischen Erlebnisses wurde in der Vergangenheit als Engramm in den Nervenzellen der Hirnrinde deponiert.

2. Wird nun dieses Engramm durch einen äußeren oder inneren Reiz wieder mobilisiert, wachgerufen und dem Ich zugeführt, so leistet – nach der Theorie der Psa – das stellungnehmende Ich einen Widerstand, wodurch das sich wiederbelebende Engramm in die Zelle zurückgedrängt und somit vom Bewußtsein abgesperrt wird.

3. Gelingt es aber in der Analyse, diese Widerstände des stellungnehmenden Ichs zu durchbrechen, dann drängen die Inhalte der Engramme ins Bewußtsein, und das Ich kann sie entweder zu den Affekt- oder aber zu den Motilitätszentren weiterleiten. So entsteht auf dem Wege der Bewußtwerdung durch die korrigierte Stellungnahme des Ichs eine Affekt- bzw. eine Muskelbewegung.

Was geschieht nun beim Agieren? Kurz gefaßt: *Der Weg von der Mobilisierung der Engramme der Hirnrinde bis zu einer Affekt- bzw. Muskelbewegung wird dadurch abgekürzt, daß das Ich mit seinen bewußtmachenden und stellungnehmenden Funktionen ausgeschaltet wird.* Beim Agieren gelangen somit die Inhalte der Engramme – *ohne bewußt zu werden und ohne Stellungnahme, d. h. ohne das Ich zu durchqueren* – auf dem möglichst kürzesten Wege sofort zu den Affekt- bzw. Motilitätszentren. Das durch einen inneren oder äußeren Reiz aufgeweckte Engramm wird demnach ohne bewußtes Erinnern in ein affektives oder motorisches Agieren umgesetzt.

Der Manifestierungsweg eines Engrammes ist somit beim Agieren *kürzer* als beim Erinnern. Durch die partielle Ausschaltung des Ichs, im besonderen die der Bewußtwerdung und Stellungnahme, trägt das Agieren eine Note, die zur *Zwangsläufigkeit* der automatischen und reflektorischen Bewegungen näher steht als zur *Freiheit* der bewußten Ich-Tätigkeit, ohne aber mit wirklichen Automatismen oder Reflexen gleichbedeutend zu sein.

*

Auf Grund der unfreien Zwangsläufigkeit reiht S. FREUD das Agieren in die Reihe der *Wiederholungszwänge* und betont die Beziehung der Übertragung zum Agieren.

*

Auf die Frage: Warum agiert der Mensch in der Analyse – und überhaupt im Leben? scheint uns folgende Antwort die zutreffendste zu sein:

Der Mensch agiert, weil er unfrei ist. Der Agierende ist so stark an die zwangsläufigen Bahnen des motorischen und affektiven Verhaltens seiner frühen Kindheit gebunden, daß er seine Affekte und Handlungen – teilweise unbewußt – ichlos, d. h. unfrei, ohne Bewußtwerdung und Stellungnahme, quasi automatisch ab reagiert.

Das Erinnern dagegen macht den Menschen frei. Erinnern ist ja das Gegenteil vom Agieren. Erinnern heißt im Sinne der Freiheit, daß der Mensch sich der Bewußtwerdung und der Stellungnahme *frei* hingibt, die Kritik des Ichs und Über-Ichs frei erträgt und für die Zukunft einen neuen Daseinsweg frei einschlägt. Ohne freies Erinnern gibt es also keine freie Menschwerdung.

5. Wie kann man den Sinn des Agierens analytisch eruieren?

Die bereits zitierte These FREUDS lautete: In allen Formen des Agierens steckt ein Stück Übertragung und ein Stück Wiederholungszwang. Der dritte Aspekt, den wir bei der Sinngebung des Agierens anwenden müssen, ist der *des Symptoms*. *Das Agieren ist einerseits an sich stets auch ein Symptom, andererseits agiert der Analysand des öfteren auf der Couch eben das Symptom, dessentwegen er in die Analyse kam.* «Das Symptom stammt vom Verdrängten ab» – schreibt S. FREUD – «ist gleichsam der Vertreter desselben vor dem Ich . . .» «Vom Symptom her führt der Weg zum Unbewußten, zum Triebleben, zur Sexualität.» «Das Symptom sei Anzeichen und Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung, ein Erfolg des Verdrängungsvorganges.»

All das gilt aber auch für das Agieren, welches ja auch als Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung wie auch als Erfolg des Verdrängungsvorganges auftritt. Darum sind wir der Ansicht, daß die Analyse des im Agieren enthaltenen Materials gleichfalls zum Unbewußten führen muß. Die Methode, mit Hilfe derer wir den Sinn des Agierens suchen, muß somit die nämliche sein wie bei der Analyse von Symptomen und Träumen. Es ist die freie Assoziation, d. h. die übliche Einfallsmethode. Nur werden bei der Analyse des Agierens nicht Worte oder Sätze eines Traumes exponiert, sondern die *Worte, Sätze und Zwangsbehandlungen des Agierens*.

Die Kriterien dafür, wann die Einfallsmethode auf das Material des Agierens angewandt werden kann, sind:

1. Die Übertragung muß bodenfest sein. Ob sie positiv oder negativ sei, ist nicht wichtig. Ausschlaggebend ist ihre Stärke.

2. Der Widerstand des Analysanden muß für ihn auf die Dauer fast unerträglich werden.

3. Die Periode des Agierens soll so lange anhalten, bis das Material des Agierens für die Anwendung der Einfallsmethode ausreicht.

Sind diese Kriterien erfüllt, so beginnt man alle Sätze des affektiven Agierens, wie auch alle zwangshaften Wiederholungen dem Analysanden der Reihe nach zu exponieren und fordert ihn auf, seine Einfälle mitzuteilen. In den meisten Fällen wird dem Patienten auf diesem Wege bewußt, was das Vergessene und Verdrängte im Agieren bedeutet. Gelingt dies nicht, so müssen wir zu dem aktiven Assoziationsverfahren greifen, welches von uns zu diesem Zwecke ausgearbeitet wurde: zum Hammerschlag-Assoziationsverfahren.

B. Der Kern-Widerstand des familiären Unbewußten bei hereditären Ich- und Triebkranken

Um die nachfolgenden Erörterungen auch für die «altgläubigen» Psychoanalytiker mundgerecht zu machen, schicken wir folgende Sätze aus FREUDS «Metapsychologie» voraus:

«Den Inhalt des Unbewußten 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 Unbewußten aus. Dazu kommt später das 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.» Dieser Satz FREUDS stammt aus dem Jahre 1915. Er brauchte 22 Jahre, bis er die hier angebahnte «Scheidung der beiden Systeme» auch für die Technik und Klinik der seelischen Störungen auszudehnen versuchte. Dies geschah erst 1937, und zwar auf Grund einer Katamnese der Heilerfolge in der Arbeit «Die endliche und unendliche Analyse». Es wurde bereits mehrmals darauf hingewiesen, daß FREUD in dieser Arbeit die Gruppe der traumatischen Neurosen und die der hereditären Ich-Veränderungen und konstitutionellen Triebkranken technisch und prognostisch scharf voneinander getrennt hat². Die Psychoanalyse kann mit ihrer klassischen Technik – seiner Meinung nach – nur bei Fällen mit einer traumatischen Ätiologie meisterlich und endgültig beendet werden. Die konstitutionelle Triebstärke und die hereditären Ich-Veränderungen hingegen sind für die Analysen ungünstig und verlängern ihre Dauer ins Unabschließbare. FREUD betont hier zum ersten Male die «eigene Ätiologie» der Ich-Veränderungen und sucht diese auch in der Heredität, indem er zur Einsicht kam, daß «die Eigenheiten des Ichs, die wir als Widerstände zu spüren bekommen, ebensowohl hereditär bedingt, als in Abwehrkämpfen erworben sein können . . .³»

Wir erachten die Jahre 1937 und 1938 als den *Zeitabschnitt der zweiten Revision der Psychoanalyse*. Diese wurde aber von den altgläubigen Nachfolgern FREUDS kaum beachtet. Sie blieben weiter dogmatisch an den Thesen der ersten Revision aus dem Jahre 1926 fixiert. Im Gegensatz zu dieser Richtung hat sich die Schicksalsanalyse seit 1937 grundsätzlich auf den Standpunkt der Scheidung der zwei Systeme, der zwei analytischen Arten der Technik und des klinischen Bildes, festgelegt.

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

² FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Schr. Bd. XVI, S. 64.

³ Ebenda: S. 86.

Wir nennen den «Kern» des Unbewußten «das familiäre Unbewußte». Diejenigen Widerstände, die wir in der Behandlung von hereditären Ich- und Triebkranken in Form von Wiederholungszwängen zu spüren bekommen, nennen wir die «Kern-Widerstände». Sie stammen alle von den Genotypen des familiären Ubw. Der Wiederholungszwang ist ein kardinaler, ererbter Zug aller Triebhandlungen, einschließlich jener, welche von den Ich-Trieben als Ich-Spaltungsphänomene ausgehen. FREUD hat den Trieb im gleichen Sinne bestimmt: «Ein Trieb wäre also ein dem belebten Organischen innewohnender Drang zur Wiederherstellung eines früheren Zustandes¹.» Jedoch antwortet FREUD nicht auf die Frage, weshalb eigentlich die Triebe nach Wiederherstellung eines früheren Zustandes drängen. Die Antwort wurde erst von der Schicksalsanalyse mit der Gentheorie der Triebe gegeben. Erst aus der Gentheorie folgt, daß die Triebe frühere Zustände wieder herzustellen streben. *Denn das Gemeinsame aller Gene besteht eben in dem Wiederholungszwang all dessen, was in der Familie einmal schon da war.* Erbanlagen streben danach, einen früheren Zustand, eine einmal dagewesene Existenz, in der neuen Generation in derselben Form wiederherzustellen, welche die einstige Ahnenfigur hatte. *Wiederholungszwänge sind u. E. erbbedingte Phänomene sowohl im Bereich der Triebe wie auch in dem des Ich-Lebens.* Nur so kann man die freudsche Bestimmung des Wiederholungszwanges richtig verstehen: «Der Analysand erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es.» Wir sagen: Er kann sich nicht an das Vergessene erinnern, weil er ja eben das agiert und reproduziert, was seine Ahnenfiguren oft noch vor seiner Geburt mehrmals agierten, so daß er sie persönlich überhaupt nicht erlebt hat. Falls er aber diesen kranken Ahnenfiguren persönlich begegnete, so hat er ihr Verhalten, ihre Taten und Reden verdrängt und erst in der Analyse wieder in der Form reproduziert, wie sie in seinem Erbgerüst vorhanden waren. Die ausführlich geschilderten Fälle 2, 6, 15 beweisen durch die erörterten Ahnenträume, Einfälle und Stammbäume, daß ihre Wiederholungszwänge im Grunde doch Wiederherstellungsversuche dagewesener Existenzen des familiären Ubw darstellen. In den Wiederholungszwangswiderständen dieser Analysanden erkennen wir das Agieren von schizophrenen (Fälle 2, 6, 15), manisch-depressiven (Fall 10), epileptischen (Fälle 9, 15, 18, 50), suizidalen, mörderischen (Fall 19) und andersartigen Ahnenfiguren. Der Analysand weiß es zwar nicht, daß er in diesem Agieren eigentlich einen seiner bereits dagewesenen Vorfahren reproduziert. Doch der Analytiker sollte es aus dem Stammbaum dieser Patienten wissen.

Fall 19. Familiäre Thanatomanie als Wiederholungszwang bei einem 14 1/2 jährigen Muttermörder. Ein 14jähriger Gymnasiast hatte in Ungarn seine Mutter mit mehreren Axthieben erschlagen. Als psychiatrischer Gutachter des Falles mußte ich die Familiengeschichte zusammenstellen (Abb.13)². Dort figuriert der Muttermörder unter Nr.82. Wir erwähnen hier nur den Wiederholungszwang der Mord- und Selbstmordtaten bzw. Mordwünsche als wiederkehrendes Motiv in der Familie, die auch schwere paranoide Züge trug. Ein Bruder des jugendlichen Muttermörders (79) und zwei Brüder der mütterlichen Großmutter (5 und 12) hatten

¹ FREUD, S.: Jenseits des Lustprinzips. Ges. Schr. Bd. VI, S. 226.

² Vgl. hierzu «Schicksalsanalyse», II. Aufl., S. 233. Stammbaum 28 b. Die Lebensgeschichte siehe ebenda: S. 234–237.

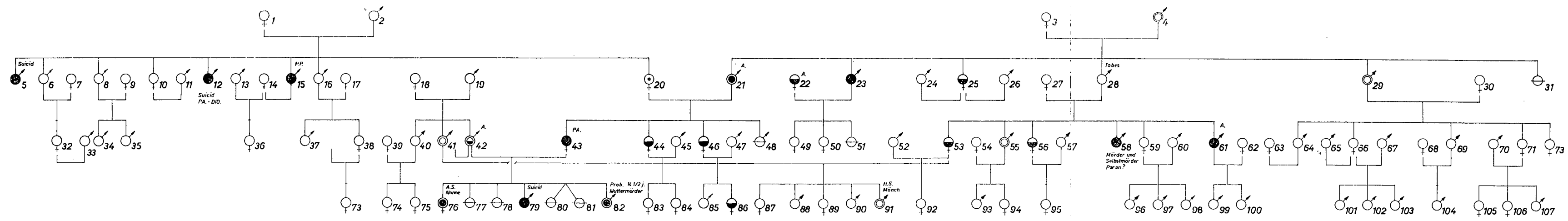


Abb. 13. Stammbaum eines 14½-jährigen Muttermörders (zum Fall 19)

Selbstmord begangen. Ein Vetter der ermordeten Mutter (58), ein hervorragender Lehrer, hat seine Braut erschossen und beging danach Selbstmord. Der angebliche Grund seiner Tat war, daß er durchs Fenster einen Mann nahe bei seiner Braut stehen sah, als diese Klavier spielte. Es war – so könnte man schließen – ein Mord aus Eifersucht. Dieselbe Meinung könnte man auch über das Mordmotiv des jungen Muttermörders hegen, da er die Mutter öfters mit fremden Männern im Bett sah. Daß aber der Wiederholungszwang der Mord- und Selbstmordtaten einen tieferen, erbfamiliären Grund hatte, deckte die Wahnform eines Onkels der Mutter (15), eines Obersten, auf, der wegen Paralysis progressiva interniert war. Dieser Oberst hatte schwere Selbstbeschuldigungsideen. Bei der forensischen Untersuchung flüsterte er wiederholt das Wort «Schmach» und fügte hinzu, er habe jeden Menschen getötet. Diese Wahnidee eines Paralytikers wurde somit gerade von einem Kranken entwickelt, unter dessen Bluts-Wahlverwandten zwei bzw. drei Generationen nach ihm zwei Mörder (58 und 62) und vier Selbstmörder (5, 12, 79, und 58) figurierten. Der junge Muttermörder saß 4½ Jahre im Gefängnis, wo er einen Hungerstreik mit ausgeprägt katatoniformen Zügen produzierte. Nach seiner Entlassung wurde er vorerst Coiffeur. Mit einem grausigen Grinsen erzählte er mir seine kainitischen Gedanken beim Rasieren und daß er nahe daran war, seine Kunden damit in Schrecken zu setzen, daß er ihnen seine Vergangenheit aufdeckte. Ich habe ihn von diesem Beruf abgeraten, und er wurde Lastwagenchauffeur. Die Wiederholungszwänge hörten trotzdem nicht auf. Sie manifestierten sich später in der Form, daß er die Mädchen, die sich mit ihm in Liebesleien einließen, plötzlich damit entrüstete, daß er ihnen mitteilte, er sei der berechnigte Muttermörder und würde sie erwürgen, wenn sie ihm untreu werden sollten. (Siehe Abb. 13)

In diesem Falle waren die Inhalte der Wiederholungszwänge die kainitisch-paranoiden Mordansprüche, welche durch persönliche Erlebnisse nur ausgelöst, aber nicht «verursacht» wurden. Die Ätiologie liegt hier in dem familiärspezifischen Genotypus des paranoiden Kain.

*

Das gleiche bezieht sich auch auf andersartige Wiederholungszwänge mit Agieren, welche oft die hartnäckigsten Widerstände in den Analysen erzeugen. Als solche erwähnen wir die familiärspezifischen sexuellen Wiederholungszwänge bei Transvestitismus¹, Fetischismus, Urolagnie, Koprophagie, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadismus und Masochismus. Sind diese Aberrationen familiär bedingt, so nützt es wenig, wenn wir den Patienten in der Behandlung die persönlich erlebten psychischen Traumata aufdecken und bewußt machen, auch dann nicht, wenn sie sogar willentlich bereits zu einer anderen Stellungnahme gelangten. Die Erfahrung zeigt, daß sie in und nach der Analyse zu leicht rückfällig werden. Der Erfolg der Behandlung besteht zumeist nur darin, daß sie diese Rückfälle nicht mehr so tragisch nehmen und die Intervalle der Abstinenz auszuweiten vermögen. In allen diesen Fällen aber *ist die hereditäre Ich-Veränderung und nicht die sexuelle Aberration die primäre Instanz, die in der Analyse die Widerstände*

¹ Siehe Kapitel XXXIII im Dritten Teil, Fortsetzung und Ich-Analyse des Falles 12, eines Transvestiten.

leistet. So ist es auch bei den meisten Suchtkranken. In bezug auf die analytischen Erfolge dieser Kernwiderstände haben wir somit keinen Grund, optimistisch zu sein. Allerdings kommt es vor, daß es durch die Bewußtseinsfähigmachung der Ahnenansprüche und Ahnenfiguren, welche der Patient vor der Analyse unbewußt in den Wiederholungszwängen reproduzierte, gelingen kann, für diese Ahnen eine sozialisierte Form ihres Agierens zu schaffen (Fall 15). Ich erwähne ferner den Fall eines französischen Muttermörders, der später als Mönch tätig war. Ein anderer Mörder, der in der Jugend einen Raubmord begangen hatte, wurde nach der Entlassung Prediger. In der Familie des geschilderten Muttermörders ist die Schwester, die in der Jugend schwererziehbar war, Missionarin geworden. Außerdem wurden zwei Vettern noch vor der Mordtat des Patienten Mönche.

Neben dem geistlichen Beruf können natürlich auch andere Professionen den Menschen davor schützen, daß er unbewußt ein Leben lang irgendeine krankhafte Ahnenfigur reproduziere und agiere. Wir weisen hier auf die Ergebnisse hin, die wir im ersten Buch «Schicksalsanalyse» niedergelegt haben. Ausschlaggebend ist dabei, daß die Inhalte der krankhaften Wiederholungszwänge in den Berufen zu adäquaten Befriedigungen auf sozialer Ebene konvertiert werden können.

Die Untersuchungen über die Kernwiderstände des Ubw bestärken noch zwei Annahmen der Schicksalsanalyse. Erstens, daß die humane Genetik der hereditären Ich- und Triebstörungen tiefenpsychologisch als die Lehre von den Wiederholungszwängen, als die von den Widerständen des Ubw, aufzufassen sei. Denn jedes genetische Geschehen ist ein unbewußtes Reproduzieren und Agieren bereits dagewesener Ahnenfiguren. Zweitens kann man den zitierten Satz FREUDS, nach dem die Macht des Wiederholungszwanges in der Anziehung der unbewußten Vorbilder auf den verdrängten Triebvorgang bestehe, u.E. nur durch die Genetik verstehen. Im Lichte der schicksalsanalytischen Genetik sagt dieser Satz, daß die hereditären Ahnenbilder diejenigen Vorbilder darstellen, welche auf die persönlich verdrängten Triebvorgänge eine Anziehung ausüben. Diese Anziehung der Ahnen-Vorbilder manifestiert sich nun in den Wiederholungszwängen. Der Widerstand des Ubw ist nach dieser Annahme der Widerstand der latenten Ahnen, der rezessiven Gene gegen das Anderssein der Nachkommen, also der Widerstand der Erbnatur.

Kapitel XXIV

DAS ÜBER-ICH ALS WIDERSTAND

DAS SCHULDBEWUSSTSEIN UND DAS STRAFBEDÜRFNIS

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurose

Als die fünfte und letzte Widerstandsart erwähnt FREUD den Widerstand des *Über-Ichs*. Er hält ihn für den dunkelsten, der sich jedem Erfolg und demnach auch der Genesung widersetzt und als *Schuldbewußtsein* und *Strafbedürfnis* mani-

festiert. Über diese Widerstandsform schreibt er: «Er ist offenbar der Beitrag zum Widerstand, den ein besonders hart und grausam gewordenes Über-Ich leistet. Das Individuum soll nicht gesund werden, sondern krank bleiben, denn es verdient nichts Besseres. Dieser Widerstand stört eigentlich unsere intellektuelle Arbeit nicht, aber er macht sie unwirksam, ja er gestattet oft, daß wir eine Form des neurotischen Leidens aufheben, ist aber sofort bereit, sie durch eine andere, eventuell durch eine somatische Erkrankung zu ersetzen. Dieses Schuldbewußtsein erklärt auch die gelegentlich beobachtete Heilung oder Besserung schwerer Neurosen durch reale Unglücksfälle; es kommt nämlich nur darauf an, daß man elend sei, gleichgültig in welcher Weise. Die klaglose Ergebenheit, mit der solche Personen oft ihr schweres Schicksal ertragen, ist sehr merkwürdig, aber auch veräterisch. In der Abwehr dieses Widerstandes müssen wir uns auf das Bewußtmachen desselben und auf den Versuch zum langsamen Abbau des feindseligen Über-Ichs beschränken¹.»

Anschließend befaßt sich FREUD auch mit der anderen, noch tragischeren Form des Leidensbedürfnisses, nämlich mit der Selbstzerstörung als Widerstand gegen die Genesung. Bei dieser nimmt FREUD eine Triebentmischung der zwei Grundtriebe von Eros und Thanatos an, derzufolge die quantitativ übergroße und freigewordene Destruktion gegen die eigene Person gerichtet wird. Sie kann auch zum Selbstmord führen. Diese Analysanden widerstreben mit allen Mitteln der Behandlung; FREUD gibt zu, daß die Aufklärung dieser Selbstdestruktionen ihm noch nicht ganz gelungen sei.

In der psychoanalytischen Praxis unterscheidet man zwei Formen des Schuldgefühls. Erstens: *das äußere Schuldbewußtsein*, oder *die soziale Angst vor der Strafe von außen*. Zweitens das *innere* oder *eigentliche Schuldbewußtsein*, das nicht aus dem Konflikt mit der Außenwelt (Mutter oder Pflegerin), sondern aus einem Konflikt zwischen dem Ich und Über-Ich im Innern der Persönlichkeit entsteht. Sie ist die Bestrafung von innen (H. NUNBERG)². Die äußere soziale Angst ist real, weil sie aus der Angst vor dem Alleinsein, der Verlassenheit und Einsamkeit nach Verlust des Liebesobjektes entsteht. Das Kleinkind wähnt, die Liebe der Mutter oder der Pflegerin zu verlieren, weil es zur Triebentsagung (Onanie) unfähig ist. Das innere Schuldbewußtsein soll in Anknüpfung an den Ödipuskomplex entstehen.

Die *freudsche* Theorie über die Entstehung des Über-Ichs geht bekanntlich von der Veränderung im Ich aus, die sich am Ende der ersten Kindheitsperiode abspielt. Bis zu diesem Alter fungierte das Ich nur als Vermittler zwischen Es und Umwelt. Um das fünfte Jahr herum gibt es aber ein Stück der Außenwelt auf und identifiziert sich mit den aufgegebenen Liebes- und Haßobjekten. So werden die Eltern zu einem Bestandteil der Innenwelt. Diese neue Stufe im Ich nennt FREUD das Über-Ich und dessen richterliche Funktion das Gewissen. Somit wird das Über-Ich der Erbe des Ödipuskomplexes. Es tritt aber erst nach dessen Erledigung in Funktion.

Aus dem Niederschlag der vom Ödipuskomplex beherrschten Sexualphase im Ich soll also nach FREUD das Über-Ich entstehen. Es wirkt aber nicht nur als Mahnung: Du sollst so sein wie der Vater (Ich-Ideal), sondern auch als Verbot: Du darfst nicht so sein wie der Vater, «das heißt nicht alles tun, was er tut; manches

¹ FREUD, S.: Abriss der Psychoanalyse (unvollendet). Ges. Werke Bd. XVII, S. 105–106.

² NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre. Huber, Bern und Stuttgart, 1959, S. 188 ff.

bleibt ihm vorbehalten»¹. Je stärker die Abwehr des Ödipuskomplexes in der Kindheit war, um so strenger wird später das Gewissen und das Schuldgefühl. In der Entstehung des Über-Ichs spielt neben dem Ödipuskomplex auch die lange kindliche Hilfslosigkeit und Abhängigkeit des Menschenkinde von der Mutter eine Rolle. «Die Spannung zwischen den Ansprüchen des Gewissens und den Leistungen des Ichs wird als Schuldgefühl empfunden»².

In Anlehnung an die *freudsche* Über-Ich-Theorie hat TH. REIK sich 1925 eingehend mit dem Problem des Strafbedürfnisses beschäftigt und dessen Beziehung zum Geständniszwang in der Analyse untersucht³. Geständnis ist nach dem Autor eine Aussage über eine Triebregung. Ein jedes Symptom ist nicht nur ein Ersatz für die unterbliebene Triebbefriedigung, sondern auch eine Aussage, ein Geständnis über die Triebregung, welche als verbotene verdrängt wurde. Das heißt: Das Symptom trägt stets «noch die Spuren des Verdrängenden (des Über-Ichs) . . . wie entsprungene Sträflinge die Anzeichen ihrer Gefangenschaft»⁴. Symptome sind demnach unbewußte Geständnisse, sie tragen einen unbewußten Geständnischarakter, in dem sowohl die Qualität des Verdrängten wie auch die der verdrängenden Macht ausgedrückt werden. TH. REIK schreibt: «Mit dem Symptom gesteht der Patient etwas und weiß nicht, daß, was er sagt, ein Geständnis darstellt, und er weiß nicht, was ihn zu diesem Geständnis trieb»⁵.» Und noch mehr: «Das Geständnis ist eine Wiederholung der Tat oder eines bestimmten Benehmens in Verschiebungersatz und an verschiedenem psychischem Material, da Worte Aktionen ersetzen müssen»⁶.» Jede Erzählung oder Darstellung eines Widerstandsgefühls ist nach REIK «nicht nur ein Bericht der auf den Analytiker verschobenen Tat, sondern ihre abgeschwächte, in Worte umgesetzte Wiederholung . . .» «Das in Worten ausgedrückte Wiedererleben der Tat in der Darstellung heißen wir ein Geständnis oder Bekenntnis der Tat . . .»⁷ In diesem Geständnischarakter der Analyse sieht der Autor den einen, im Schuldgefühl den anderen Faktor der Behandlung. «Es ist ein Stück Strafbedürfnis, das im Geständniszwang eine partielle Befriedigung findet . . .» REIK behauptet, «ein Teil der Therapie des Geständnisses in der Psychoanalyse beruhe darauf, daß in ihr sowohl die unterdrückten Triebregungen als auch das Strafbedürfnis eine bestimmte, quantitativ eingeschränkte, qualitativ von der materiellen verschiedene Befriedigung findet»⁸. In der Analyse verwandelt sich die Strafangst – ähnlich wie beim Kinde – oft in Geständnisangst, die dann als Widerstand gespürt wird. Kann der Patient aber diese Geständnisangst überwinden und kommt es zu einem Geständnis, so kann er eine partielle – allerdings masochistische – Lust seines Strafbedürfnisses befriedigen. REIK schreibt: «Das Geständnis als ein wesentliches Stück der Psychoanalyse bezieht sich so auf zwei große Gefühls- und Vorstellungszentren, die dem Unbewußten entrissen werden; der Patient bekennt sich zu seinen Triebregungen und Wünschen, die diese in ihm erweckt haben, und er bekennt sich zu dem Straf-

¹ FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schr. Bd. VI, S. 37.

² Ebenda: S. 381.

³ REIK, TH.: Geständniszwang und Strafbedürfnis. Int. Psa.-Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925.

⁴ Ebenda: S. 22.

⁵ Ebenda: S. 24.

⁶ Ebenda: S. 28–29.

⁷ Ebenda: S. 28.

⁸ Ebenda: S. 31.

bedürfnis, das auf den Triebdrang und jene Wünsche reagierte¹.» Als den dritten Heilfaktor der Psa nennt er die Überführung des unbewußten Materials in Wortvorstellungen und Wortwahrnehmungen. Denn erst durch das verbale Geständnis ist der Patient «in den Stand gesetzt, vorbewußt zu erkennen, was die verdrängten Gefühle und Vorstellungen einst bedeuteten und was sie kraft der Unzerstörbarkeit und Zeitlosigkeit, die unbewußten Vorgängen eigen ist, noch jetzt für uns bedeuten»².

Bekanntlich hat S. FREUD behauptet, daß bei den Neurosen die Wort-Vorstellungen latent im Vorbewußtsein, die Ding-Vorstellungen hingegen verdrängt im Ubw verweilen. Der Vorgang der Bewußtwerdung besteht nun darin, daß die durch die Analyse aus der Verdrängung befreiten Dingvorstellungen sich mit den entsprechenden Wortvorstellungen wieder verknüpfen. Wort und Ding, die bisher kraft der Verdrängung getrennt waren, finden sich wieder. Aus dieser Konstruktion erklärt FREUD die Notwendigkeit des Aussprechens, der verbalen Aussage des Verdrängten in der Therapie. TH. REIK fügt hinzu, daß bei diesem Geständnis in der Analyse die partielle Befriedigung des Schuldbedürfnisses eine gewichtige Rolle spielt.

Das Schuldbedürfnis äußert sich in der Behandlung nicht nur in Angst vor Liebesverlust, sondern auch in Schmerz, Demut, Selbsterniedrigung, ferner in Mißerfolgen, Versagungen, Bußhandlungen und Selbstbestrafungen. Die Askese und die funktionshemmenden Konversionsphänomene (Abasie, Astasie, Aphonie usf.), die Selbstquälereien der Zwangsneurotiker, die Verfolgungsqualen der Paranoiden, die selbstdestruierenden Negativismen der Katatonen, die Selbstbeschuldigungen und Selbstmordgedanken der Melancholiker, die masochistischen Phantasien der Pervertierten sind alle Ausdrucksformen des Schuldbewußtseins³. FREUD, AICHHORN und NUNBERG zählen sogar das «Verbrechen aus Schuldgefühl» hinzu. Auch TH. REIK widmet dem «Geständniszwang in der Kriminalistik» ein Kapitel in seinem Buch.

Es wäre falsch, zu glauben, daß neben der Abwehrstärke des Ödipuskomplexes nur die Strenge der Eltern und des Erziehungspersonals die Härte des Über-Ichs bedingen. Unter den Neurotikern, die aus Schuldbewußtsein alle Erfolgsmöglichkeiten sabotieren, finden wir auch solche, die von den Eltern äußerst verwöhnt, verhätschelt wurden und die im Leben, insbesondere im Beruf, trotz Begabung, völlig versagten. Die arbeitsgestörten Neurotiker mit hysteriformen, zirkulären oder paranoiden Zügen entwickeln in der Behandlung die größten Widerstände, da sie unfähig sind, auf die masochistische Lust der Selbstsabotage zu verzichten. Ihr Strafbedürfnis scheint unersättlich zu sein.

Fall 20. Selbstsabotage als chronisches Bedürfnis für unbestrafte Missetaten in der Kindheit. Vor Jahren versuchte ich eine Kurzanalyse bei einem etwa 25jährigen Bürolisten, der ständig seine Stelle wechselte. Wenn er in einer Stelle das Vertrauen und die vollständige Zufriedenheit seiner Vorgesetzten erwarb, «passierte» immer wieder ein massiver Fehler in seiner Arbeit, weswegen man ihm kündigte. Außerdem hat er auch seine Braut, die er und die ihn liebte, durch sein Verhalten

¹ Ebenda: S. 35.

² Ebenda: S. 36.

³ Siehe Näheres bei H. NUNBERG: Allgemeine Neurosenlehre, S. 194.

so häufig mit seinen Vorwürfen schockiert, daß sie sich entlobte. Die Kurzanalyse deckte aus seiner Kindheit zwei tragische Handlungen auf, die er anscheinend vergessen hatte und die in ihm erst durch die Behandlung wieder auftauchten. Die erste Tat beging er gegen den um 4 Jahre jüngeren Bruder, als er selber etwa 8 Jahre alt war. Die Eltern bauten ein Haus und zogen bereits ein, obwohl die Treppe noch kein Geländer hatte. Unser Patient, der äußerst eifersüchtig auf den kleineren Bruder war, gab ihm eines Tages den Befehl, er solle einen Eimer Wasser bis zum Estrich auf der geländerlosen Treppe hinauftragen. Dem Bruder gelang dies. Worauf der Patient ihm befahl, dasselbe Kunststück ein zweites Mal zu vollbringen, er solle aber diesmal rückwärtsgehend die Treppe passieren. Bei diesem Versuch fiel der Bruder vom zweiten Stock in die Tiefe. Er erlitt schwere Brüche und bekam dazu noch eine Lungenentzündung. Als unser Patient eines Tages aus der Schule nach Hause ging, fiel ihm auf, daß das Geschäft des Vaters geschlossen war. Er ahnte die Tragödie. Und in der Tat fand er den Bruder tot. Als er nun, erschüttert, qualvoll zu weinen begann, wurde er mit Liebe und Zärtlichkeit getröstet und beschenkt. Niemand ahnte, was der Achtjährige beim Tod seines Opfers wirklich empfand.

Im selben Jahr «passierte» ihm in der Schule das zweite Unglück. Er zielte aus Spaß mit einem hohlen Lineal, in dem er einen Bleistift als Projektil verborgen hatte, auf das Auge einer Klassenkameradin, und er traf ins Ziel. Das Mädchen verlor das eine Auge. Seine Eltern zwangen den Buben, das Mädchen zu besuchen und vor dessen Eltern sich reuevoll zu entschuldigen. Er tat es. Und hier wiederholte sich das gleiche wie am Totenbette des Bruders. Er begann so fürchterlich zu weinen, daß die Mutter des Mädchens ihn, den Täter, mit liebevollen und zärtlichen Worten tröstete, ja noch mehr, ihn mit Patisserie beschenkte. Als unser Patient in der Behandlung diese beiden Missetaten wieder erlebte, heulte er fürchterlich und beklagte sich darob, daß man ihm, statt ihn zu bestrafen, noch Liebe gab. Hätte er damals für seine Sünden die ihm gebührende Strafe erhalten, so müßte er jetzt sich selbst nicht immer wieder so streng bestrafen.

*

Der Fall zeigt, daß das Strafbedürfnis des Kindes bei Missetaten sofort mit den entsprechenden strengen Strafen «befriedigt» werden sollte, denn beim Ausbleiben der vom Kinde erwarteten Strafe vermag das Strafbedürfnis später zu neurotischen Symptomen, insbesondere zu Arbeitsstörungen durch Selbstsabotage, zu führen. Der Fall wirft aber noch eine andere Frage auf, nämlich, ob mit der Annahme eines durch Identifizierung persönlich erworbenen Über-Ichs die Entstehung des Schuldbewußtseins restlos aufgedeckt wurde.

B. Das Erbe und das Über-Ich

Die Zweiteilung des Über-Ichs in das ethische und das moralische Gewissen in der Schicksalsanalyse

Obwohl FREUD in der Entstehung des Über-Ichs einerseits der Identifizierung des Kindes mit den Eltern, Lehrern, Autoritäten, andererseits dem aus Ersatzbildung der Vatersehnsucht entstandenen Ich-Ideal eine ausschlaggebende Rolle ein-

räumte, hat er neben diesen persönlich erlebten und einverlebten Instanzen im Ich-Ideal auch die Gebote und Verbote der «archaischen Erbschaft» betont. Er schreibt: «Was die Biologie und die Schicksale der Menschenart im Es geschaffen und hinterlassen haben, das wird durch die Idealbildung vom Ich übernommen und an ihm individuell wieder erlebt. Das Ich-Ideal hat infolge seiner Bildungsgeschichte die ausgiebigste Verknüpfung mit dem phylogenetischen Erwerb, der archaischen Erbschaft des Einzelnen. Was im einzelnen Seelenleben dem Tiefsten angehört hat, wird durch die Idealbildung zum Höchsten der Menschenseele im Sinne unserer Wertungen¹.» Aus dem Ich-Ideal leitet FREUD die Religion, die Moral und das soziale Empfinden ab. Die Bewältigung des Ödipuskomplexes soll nach ihm zur Religion und Moral, die Überwindung des Rivalisierens zum sozialen Empfinden führen.

Auf die Frage, in welcher Weise eigentlich diese archaische Erbschaft ins Über-Ich eingeht, entwickelt FREUD eine *lamarckistische* Konstruktion². Er schreibt: «Die Erlebnisse des Ichs scheinen zunächst für die Erbschaft verlorenzugehen, wenn sie sich aber häufig und stark genug bei vielen generationenweise aufeinanderfolgenden Individuen wiederholen, setzen sie sich sozusagen in Erlebnisse des Es um, deren Eindrücke durch *Vererbung* festgehalten werden. *Somit beherbergt das erbliche Es in sich die Reste ungezählt vieler Ich-Existenzen, und wenn das Ich sein Über-Ich aus dem Es schöpft, bringt es vielleicht nur ältere Ich-Gestaltungen wieder zum Vorschein, schafft ihnen eine Auferstehung*³.»

Die Annahme, daß Erworbenes sich durch die generationsweise auftretenden Wiederholungen ins Erbe umsetzen könnte (LAMARCK), ist heute nicht mehr stichhaltig. Wir können aus dem Zitat von FREUD zwei Tatsachen hervorheben:

Erstens, daß sich die Leitstrebung der Schicksalsanalyse, die klinische Wirklichkeit der Person in die ererbten Existenzmöglichkeiten der Ahnen aufzulösen, mit der zitierten Konstruktion FREUDS über die multiplen Ich-Existenzen gut deckt. FREUD hat keine Methode zu dieser Auflösung der Person in die ererbten Ich-Existenzen ausgearbeitet. Diese Aufgabe übernahm die Schicksalsanalyse.

Zweitens, daß FREUD in der Entstehung des Über-Ichs das Erbe nicht ausgeschlossen hat. Wenn dem so ist, dann muß aber das Gewissen auch auf einer Erbgrundlage und nicht nur auf der persönlich erlebten Identifizierung mit Autoritätspersonen fußen.

FREUD erwähnt in bezug auf das Über-Ich die Rolle der *Moral*, hingegen spricht er nicht von der Beziehung des Schuldbewußtseins und des Strafbedürfnisses zur *Ethik*.

Die Schicksalsanalyse trennt das Wirkungsfeld und den Ursprung der Moral von dem der Ethik.

Moral beinhaltet die Regeln, nach welchen sich die erotischen Affekte an die jeweilige Gesellschaft anzupassen haben.

Ethik schafft das Gesetz gegen die tötende Gesinnung, gegen den «ewigen Kain» in uns.

Moral und Ethik sind beide erb- und triebfaktoriell bedingt.

¹ FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schr. Bd. VI, S. 380–381.

² Vgl. hierzu: RAPAPORT, D.: Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Klett, Stuttgart, 1960, S. 25.

³ FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schr. Bd. VI, S. 383.

Das Bedürfnis, das den Menschen dazu treibt, den Affekt drang nach Eros, nach zarter Liebe vor dem Partner und der Welt zu verbergen, das die Scham- und Ekelschranken der zeit- und ortsgebundenen Sitten im Menschen aufrichtet, das die erotische und verwandte Phantasiewelt des Gemüts erschließt und damit das grenzenlose Reich der Unwirklichkeit, der Dichtung, Mythenbildung und Lügenhaftigkeit als Zufluchtsort der Seele schafft, das in Lebensgefahr und Begegnungsangst den Menschen völlig immobilisieren und in einer fast hypnoiden Bewegungslosigkeit erstarren läßt, das die Sinneswahrnehmungen bei unerträglichen existenziellen oder überstarken sexuellen Gemütsreizen ausschaltet und in einen Dämmer-, ja sogar in einen Schlafzustand einlullt, das den Menschen somit vor dem Schmerz des greulichen Schreckens beschützt, das in ihm dennoch die Neigung zur Wiederholung dieses Schreckens – ohne einen neuen Anlaß erweckt¹, dies ist die eine Wirkung des erblichen hysteriformen Triebfaktors im Menschen. Derselbe Erb- und Triebfaktor kann aber auch aus ihm einen schamlosen Exhibitionisten, einen Zerstörer aller Scham- und Ekelschranken machen; dieser Faktor stellt den Geltungsdrang ins Schaufenster des Seins, er entfesselt die anscheinend ziellosen Bewegungstürme, um das verborgene Triebziel des Geliebt- und Gerettetwerdens zu erlangen, er produziert auch Krämpfe von Schüttelbewegungen (Tics, Umsichherumschlagen, Sichherumwerfen, auf und ab Laufen), er läßt den Menschen aus Angst an allen Gliedern zittern; er bringt auch die Zügellosigkeit und Ungehemmtheit in die Welt. Dies alles bewirkt der erbliche *hysteriforme* Triebfaktor².

Die Moral fußt nach der Scha auf diesem erbbedingten hysteriformen Triebfaktor, der die jeweiligen Scham- und Ekelschranken setzt und umsetzt.

Die Ethik hingegen baut sich auf einem anderen, ebenfalls erblichen Faktor auf, den die Scha den *epileptiformen* Triebfaktor nennt.

Das Bedürfnis, das den Menschen aus Wut und Haß, aus Zorn und Rache, aus Neid und Eifersucht zu einem Totschläger zu machen vermag, das ihn dazu treibt, seine groben Affekte in sich bis zum Bersten aufzustauen, um sie dann plötzlich, explosionsartig auf die Mitmenschen überraschend zu entladen, das die erwürgende Hand des Urahns, Kains, – statt an den Bruder – auf die eigenen Gefäße des Gehirns, des Herzens, der Gedärme und der Extremitäten legt und somit die Person in einen «*Anfallsmenschen, homo paroxysmalis*» verwandelt; das Bedürfnis, welches – an Stelle des Feindes, den er blauschlagen möchte – die eigene Haut mit «Ausschlägen» belegt, das die Zunge des Menschen im Sprechen bis zum Stottern hemmt, das die grauenhaften Ängste der Nacht und des Tages erweckt, dieses furchterregende Triebbedürfnis nennen wir den epileptiformen Faktor.

Der nämliche Triebfaktor bedingt aber auch jene höhere Instanz, die im Menschen *das ethische Gewissen* weckt, Verbote gegen Ungeduld und Totschlagen, gegen Gesetzlosigkeit und grobe Gemütswallungen aufstellt, die den ewig lebenden Ahnherren in uns, den Kain, zu Duldsamkeit und Gerechtigkeit, zu Frömmigkeit und Wohlfahrt bewegt, die heilt und die Religionen stiftet³.

¹ KRETSCHMER, E.: Über Hysterie. Thieme, Leipzig, 1923, S. 7–18.

² SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik, II. Aufl. H. Huber, Bern und Stuttgart, 1960, S. 108–109.

³ Ebenda: S. 103.

Moral und Ethik weisen somit im Lichte der Scha sowohl gemeinsame wie auch trennende Züge auf.

Das Gemeinsame zeigt sich erstens darin, daß *beide Schutzvorrichtungen gegen bestimmte gefahrbringende Affektbewegungen darstellen*. Zweitens, daß beide genesen und triebhaften Ursprungs sind. Drittens, daß beide – trotz ihrem genesen Ursprung – dennoch zeitgebundene Phänomene darstellen. Was der Mensch von seinen erotischen Gefühlen zeigen darf, und was er zu verbergen hat, wechselt nach Rasse, Ort und Zeiten. Das ist das *«Unmoralische» in der Moral*. Auch das *ethische Verbot «Töte nicht!»* wird zu Kriegszeiten aufgehoben.

Das Trennende besteht erstens darin, daß, während die Moral diejenigen Sittenregeln bestimmt, welche die Anpassung der erotischen Affektbewegungen an die Gesellschaft vorschreiben, die Ethik die tötende Gesinnung des «Ewigen Kains» in uns verbietet. Zweitens, daß die Moral durch den erblichen hysteriformen, die Ethik durch den epileptiformen Triebfaktor bedingt wird.

Aus dieser Trennung der Moral von der Ethik folgt in der Scha die Zweiteilung des Über-Ichs in ein moralisches und ein ethisches Gewissen. Die Psychoanalyse, die bekanntlich auf der Libidotheorie fußt, spricht in bezug auf das Gewissen fast nur von Moral. Die Schicksalsanalyse hingegen redet sowohl von einem moralischen als auch von einem ethischen Über-Ich. Das moralische Schuld- und Strafbedürfnis entsteht aus dem Kampf gegen die Sexualität. Das ethische Schuld- und Strafbedürfnis entsteht hingegen aus dem Kampf gegen das erbbedingte, ewigliche und ubiquitäre Dasein des Kain in uns. Es ist wahr, daß der Wunsch zur Vätertötung schon im Ödipuskomplex steckt; der «Ödipus» ist aber u. E. nur der «kleine Kain». Er stellt eine zwar generelle, dennoch infantile Frühform des «Ewigen Kain» dar, der vor und nach der ödipalen Periode, d. h. von der Geburt bis zum Tode als die tötende Gesinnung immerfort in jedem Menschen wirksam lebt, stets auf der Lauer liegt und nie schläft.

Das Schuldbewußtsein und Strafbedürfnis – also das ethische Gewissen – ist u. E. die ererbte, ubiquitäre und ewige Abwehrreaktion gegen die immerfort daseienden Ansprüche des Kain. Wäre kein Kain stets in unserer Gesinnung tätig, so wäre auch das ewigliche Strafbedürfnis nicht da.

Aus diesen Erörterungen folgt, daß das moralische Über-Ich als Widerstand in der analytischen Behandlung relativ leichter zu überwinden ist als der Widerstand, der durch das ethische Über-Ich entsteht. Die Trennung des Über-Ichs in ein moralisches und ein ethisches Gewissen bringt es mit sich, daß die zwei Arten der Widerstände auf verschiedenen Wegen zu bewältigen sein werden. Widerstände durch das moralische Gewissen können – im Sinne von FREUD – allmählich abgebaut werden, wenn die frühkindlichen sexuellen Ansprüche, gegen die das Über-Ich einst so überstreng war, bewußt gemacht und danach übertragend oder sublimiert befriedigt werden. Bei dem Widerstand des ethischen Über-Ichs kann eine native Befriedigung niemals in Frage kommen. Man kann ja die tötende Gesinnung nicht nativ befriedigen lassen, höchstens im Krieg. Die sozialisierten Formen des Kain im Beruf (Metzger, Chirurg, Staatsanwalt, Richter, Analytiker, Pfarrer usw.) sind zwar sozial notwendige und teils auch adäquate Beschäftigungen des Kain in der Gesellschaft, sie schützen aber den Menschen niemals vor der Schuld- und Strafängst. Im Kampf gegen den «Ewigen Kain» kann die Religion dem Einzelnen den relativ wirksamsten Schutz gewähren – falls sie ihm nicht mit

den Höllen- und Verdammgnusdrohungen das Schuldbewußtsein noch weiter neurotisiert.

Im Lichte der Schicksalsanalyse stehen demnach das Kainsbedürfnis und das Straßbedürfnis wie siamesische Zwillinge im Menschen eng verbunden. Sie gehören einfach unzertrennlich zueinander. Dies sollte den Therapeuten in der Analyse des ethischen Über-Ich-Widerstandes vor unvorsichtigen Gewaltüberwindungen warnen. Vielleicht verdankt die Menschheit gerade diesem zusammengewachsenen Bedürfnispaar von tötender Gesinnung und ethischem Schuldbewußtsein, daß der Mensch überhaupt zur Bewußtwerdung einer höheren Idee «Mensch» und zum Weg der Menschwerdung, der Humanisierung, kam.

Bei dieser Frage muß aber die reine analytische Arbeit Halt und der Weltanschauung Platz machen. S. FREUD selber sträubte sich dagegen, in die analytische Behandlung auch die Weltanschauungsanalyse hineinzunehmen. Wir sagen hingegen: Es ist traurig für eine Wissenschaft, die nicht den Mut zur Weltanschauung hat.

Kapitel XXV

KONSTRUIEREN UND DURCHARBEITEN ÜBER DIE AUFGABE DES ANALYTIKERS

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurose

Die analytische Behandlung ist eine enge Partnerschaft, eine der intimsten Formen der Partizipation, in welcher – ähnlich der einstigen Zweieinigkeit (Dualunion) zwischen Mutter und Kind – die beiden Partner wechselseitig aneinander Anteil nehmen und Anteil geben.

Die vorangegangenen Kapitel zur Technik haben hauptsächlich die Rolle des Analysanden in dieser Partizipation auf höherer Ebene darzustellen versucht. Über die Rolle des Analytikers bekamen wir bisher den Eindruck, als ob sein Hauptanteil in dieser Partnerschaft der eines Projektionsschirms wäre, auf den der Analysand seine frühkindlichen verdrängten Triebregungen und eingeklemmten Affekte hinprojiziert. Damit aber ist die Aufgabe des Therapeuten nicht erschöpft. Nach FREUD soll der Analytiker neben dieser passiven Rolle noch weitere aktive Tätigkeiten ausüben. Erstens muß er das analytische Material *deuten*, zweitens die historische Entstehung der Symptome und Komplexe *rekonstruieren* und drittens die Widerstände *durcharbeiten*.

Unter *Deutung* will FREUD nur die Auflösung der Träume, Einfälle und Fehlleistungen in ihre Elemente und die Sinnggebung dieser Einzelelemente verstehen. Sie repräsentiert somit niemals das gewichtigste Stück der Behandlung. (Siehe Kapitel XIV.)

Konstruktion – als Re-Konstruktion – ist hingegen schon die historische Vorführung und Mitteilung der vergessenen Vorgeschichte in einem bestimmten Zeitabschnitt.

Das *Durcharbeiten* bezieht sich auf die Überwindung der Widerstände. Es ist das gewichtigste Stück der Analyse. Es bedeutet in der Einleitungsphase das Nennen der Tatsache, daß der Analysand einen Widerstand leistet. Danach aber muß der Analytiker dem Kranken genügend Zeit lassen, «sich in den ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen, ihn *durchzuarbeiten*, ihn zu überwinden, indem er ihm zum Trotz die Arbeit nach der analytischen Grundregel fortsetzt. Erst auf der Höhe desselben findet man dann in gemeinsamer Arbeit mit dem Analysierten die verdrängten Triebregungen auf, welche den Widerstand speisen und von deren Existenz und Mächtigkeit sich der Patient durch solches Erleben überzeugt. Der Arzt hat dabei nichts anderes zu tun, als zuzuwarten und einen Ablauf zuzulassen, der nicht vermieden, auch nicht immer beschleunigt werden kann . . . Dieses Durcharbeiten der Widerstände mag in der Praxis zu einer beschwerlichen Aufgabe für den Analysierten und zu einer Geduldprobe für den Arzt werden. Es ist aber jenes Stück der Arbeit, welches die größte verändernde Einwirkung auf den Patienten hat und das die analytische Behandlung von jeder Suggestionseinflussung unterscheidet»¹. FREUD stellt das Durcharbeiten theoretisch dem «*Abreagieren*» der durch die Verdrängung eingeklemmten Affektbeträge bei der hypnotischen Behandlung gleich. Zu dieser Darstellung des Durcharbeitens aus dem Jahre 1914 fügt FREUD später, 1926, in den Nachträgen zu «Hemmung, Symptom und Angst» noch hinzu, daß das Durcharbeiten insbesondere bei den Es-Widerständen, d.h. bei den Wiederholungszwängen, eine gewichtige Rolle spielt und daß man diese Arbeit erst nach der Überwindung der Ich-Widerstände beginnen darf².

In bezug auf das Deuten betont FREUD, daß manche Analytiker falscherweise auch ihre Konstruktions- und Rekonstruktionstätigkeit für Deutung erklären. Beide Vorgänge sind zwar aktive Mitteilungen des Analytikers an die Adresse des Analysanden; der Rohstoff der Konstruktionen ist aber bedeutend breiter als bei der einfachen Deutung eines Traum-, Einfalls- oder Fehlleistungselementes. Als Rohstoffe zu den Konstruktionen dienen: 1. Erinnerungsbruchstücke in den Träumen, die zumeist durch die Traumzensur schwer entstellt wurden; 2. Einfälle in den freien Assoziationen, welche oftmals Anspielungen auf die verdrängten Erlebnisse enthalten oder Abkömmlinge der eingeklemmten Affekte darstellen; 3. Andeutungen von Wiederholungen, die sich in- und außerhalb der Analyse in Handlungen bemerkbar machen und Affekte bloßlegen, welche dem Verdrängten angehören. Als der häufigste Tummelplatz solcher affektiver Wiederholungen eignet sich natürlich die Übertragung. Mit Hilfe dieses Rohmaterials kann nun der Analytiker die Spuren der vergessenen Lebensjahre aufdecken und dem Patienten die kritische Periode, in der die Neurose entstand, rekonstruieren. FREUD umschreibt die Aufgabe des Analytikers bei dieser Konstruktionstätigkeit scharf, indem er sagt: «Er hat das Vergessene aus den Anzeichen, die es hinterlassen, zu erraten, richtiger ausgedrückt, zu konstruieren³.» Er vergleicht diese aktive Tätigkeit des Analytikers mit der eines Archäologen, aber mit dem Unterschied, daß einerseits das Material des Analytikers lebt, das des Archäologen tot ist, andererseits

¹ FREUD, S.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. Schr. Bd. VI, S. 118-119. Zuerst erschien diese Arbeit in der Int. Ztschr. für Psa., Bd. II, 1914.

² FREUD, S.: Ges. Schr. Bd. XI, S. 102.

³ FREUD, S.: Konstruktionen in der Analyse. Ges. Werke Bd. XVI, S. 45.

daß die Rekonstruktion für die Analyse nur eine Vorarbeit, für den Archäologen aber das Ende seiner Bemühungen darstellt.

Wie kann man aber feststellen, ob Deutungen oder Konstruktionen, die ja stets *nur Ahnungen des Analytikers* darstellen, richtig oder falsch sind? Als Garantie für die Richtigkeit einer Konstruktion darf man nach FREUD niemals die direkte Bejahung bzw. die Verneinung seitens des Analysanden gebrauchen. Als indirekte Bestätigungen ihrer Richtigkeit zählt FREUD auf: 1. die Reaktion des Analysanden: «Daran habe ich nie gedacht»; oder 2. der Patient antwortet auf die mitgeteilte Konstruktion mit einem Einfall, der ihrem Inhalt entspricht; 3. seltener wird die Richtigkeit der Konstruktion durch Fehlleistungen des Patienten bestätigt¹; oder durch die Verschlimmerung des Symptoms und des Allgemeinbefindens nach ihrer Mitteilung. Mir scheint, daß die Richtigkeit einer Konstruktion nie mit Sicherheit festgestellt werden kann. Auch die Genesung spricht nicht immer dafür. Vor allem erachten wir den *freudschen* Ratschlag für wichtig, daß die Korrektur des Irrtums bei der Aufstellung von Konstruktionen dem Analytiker gestattet ist². Auf einen ausschlaggebenden Umstand, der bei der Konstruktionsbildung und dem Durcharbeiten der Widerstände große Schwierigkeiten bereitet, hat FREUD nur indirekt hingewiesen, ohne ihn aber mit dem richtigen Namen zu nennen. Es ist *die Einbeziehung der Heredität in die Konstruktionsbildung und in das Durcharbeiten*.

*B. Die Rolle des Erbes und der wiederkehrenden Ahnenfiguren
in den Konstruktionen und dem Durcharbeiten
bei hereditären Ich- und Triebstörungen*

Nach FREUD sollte der Weg, der von der Konstruktion des Analytikers ausgeht, in der Erinnerung des Analysanden enden. Viele Patienten erinnern sich indessen nicht völlig der vergessenen Begebenheiten, sondern leisten nur unvollkommene Detailerinnerungen, so z. B. von Gesichtern, Räumlichkeiten, Landschaften usf., ohne jeglichen Anschluß an das gesuchte und von dem Analytiker konstruierte Stück der vergangenen Lebensperiode. FREUD vergleicht diese überdeutlichen Detailerinnerungen mit den Halluzinationen der Geisteskranken. Dabei stellt er die Hypothese auf, daß in den Halluzinationen vielleicht «etwas in der Frühzeit Erlebtes und dann Vergessenes wiederkehrt, etwas, was das Kind gesehen oder gehört (hat) zur Zeit, da es noch kaum sprachfähig war und was sich nun dem Bewußtsein aufdrängt, wahrscheinlich entstellt und verschoben in Wirkung der Kräfte, die sich einer solchen Wiederkehr widersetzen»³. Dem gleichen Gedankenweg folgend, fragt er, ob der Wahn nicht auch ein Stück historischer Wahrheit enthalten könnte. Er schreibt: «Die Wahnbildungen der Kranken erscheinen mir als Äquivalente der Konstruktionen, die wir in den analytischen Behandlungen aufbauen, Versuche zur Erklärung und Wiederherstellung, die unter den Bedingungen der Psychose allerdings nur dazu führen können, das Stück Realität, das

¹ Ebenda: S. 51, siehe das *freudsche* Beispiel «Jauner» statt «Gaurer» im Traum und «jewagt» statt «gewagt» in der Antwort des Patienten auf FREUDS Deutung.

² Ebenda: S. 48.

³ Ebenda: S. 54.

man in der Gegenwart verleugnet, durch ein anderes Stück zu ersetzen, das man in früher Vorzeit gleichfalls verleugnet hat¹.» Das hieße somit, daß wie der Hysteriker so auch der Wahnkranke an seinen Reminiszenzen leide.

Hier ist FREUD u. E. an dem Schlagbaum angelangt, der die psychoanalytische Theorie von der schicksalsanalytischen Auffassung trennt. Denn die Schicksalsanalyse nimmt an, daß sowohl die Halluzinationen als auch die Wahnbildungen ich-gestörter Menschen im Grunde *Ahnenreminiszenzen* darstellen. Von EWALD HERING stammt die Behauptung, daß die Instinkte Erinnerungen der Art seien. Von dieser Idee ausgehend, hat R. SEMON 1904 «Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des organischen Geschehens»² als jene Lehre aufgestellt, aus der sich die heutige Genetik, insbesondere ihre Beziehung zum Psychischen, entwickelt hat.

Die Scha sieht in den Wiederholungszwängen der hereditär Ich- und Trieb-gestörten wiederkehrende Ahnenreminiszenzen. Der Widerstand, den der Schicksalsanalytiker bei Wiederholungszwängen zu spüren bekommt, ist der Widerstand einer Ahnenfigur der Familie, die sich im Nachkommen gerade so und nicht anders wiederholen, d. h. hier manifestieren will wie bei den Vorfahren der noch älteren Generationen. Und eben darum stellt sich in der Analyse – wie wir bereits erörterten – das Agieren, die pervertierte Handlung, das Halluzinieren, der Wahn an Stelle der Erinnerung, wenn der Patient im Ich- und Triebleben hereditär gestört ist. Wir können diese Erscheinungen – per analogiam – auch Ahnenreminiszenzen nennen. Es ist u. E. somit bei hereditären Ich- und Triebstörungen eine vergebliche Bemühung, nach persönlichen Erinnerungen aus der Frühkindheit Jahre hindurch zu suchen, wenn Ahnenerinnerungen und keine persönlichen Erlebnisse hinter dem Wiederholungszwang verborgen sind. Was hier wiederholt wird, ist die Ahnenvergangenheit.

Für die Rekonstruktion und das Durcharbeiten der Symptome und Komplexe bedeutet das Erörterte, daß man die wiederkehrenden Ahnenfiguren – als Ahnenreminiszenzen – in die Konstruktionen und in das Durcharbeiten einbauen muß. Praktisch heißt das, daß der Analytiker beim Durcharbeiten auf Grund des gesammelten Materials von Ahnenträumen, Ahneneinfällen und den Stammbäumen dem Analysanden *mitteilt, daß seine Symptome familiären, hereditären Ursprungs sind.*

Gelingt es, beim Analysanden selbst, durch irgendein aktives Verfahren (z. B. durch die Psychoschocktechnik) die krankmachende Ahnenfigur mehrmals auf der Couch hervorzurufen und sie erleben zu lassen, dann ist es nicht so schwer, auch diese hereditären Symptome bei ihm bewußtseinsfähig zu machen. So insbesondere Wiederholungszwänge: Tötungsanfälle epileptiformer Natur, Dämmerzustände, Entfremdungszustände, episodisch auftretende paranoide Wahngedanken, katatoniforme Negativismen usf. Diese erbbedingten Wiederholungszwänge können mit dem Analysanden gemeinsam so weit durchgearbeitet werden, daß er gegen diese Ahneneinbrüche von nun an eine bewußte, völlig andersartige Stellungnahme, eventuell eine sozialisierte oder vergeistigte Lösung zu finden vermag. (Vgl. hiezu die Fälle 2, 3, 6, 15, 18.)

Der Schicksalsanalytiker, der bei den Konstruktionen und dem Durcharbeiten die Aufdeckung der persönlich vergessenen Begebenheiten vernachlässigt, verübt

¹ Ebenda: S. 55.

² Leipzig, W. Engelmann, 1904.

aber denselben Fehler wie die meisten Psychoanalytiker, die nicht merken, daß bei dem Patienten die Wiederholungszwänge nicht Widerstände des persönlich verdrängten Ubw, des Es, sind, sondern wiederkehrende Ahnenansprüche aus dem familiären Ubw. Der nachstehende Fall soll zeigen, wie das Erörterte in der Praxis durchzuführen ist¹.

Beispiel zur Anwendung des Durcharbeitens der Konstruktionen auf Grund von erworbenen und hereditären Faktoren.

Dieses Beispiel stammt aus der Analyse des bereits behandelten Falles 2 (Kapitel III). Die Symptome dieser 25jährigen Medizinstudentin waren: 1. Polyurie², 2. Pollakisurie³ ohne organischen Befund; ferner 3. Ekzeme, 4. Inflation und Megalomanie, die sich als Wiederholungszwänge in Form von überdeutlichen Heilungshalluzinationen von suizidalen oder depressiven Patienten im Bett vor dem Einschlafen manifestierten. 5. Auch das häufige und mengenhaft übermäßige Urinieren trug den Zwangscharakter der Wiederholung. So hat sie im ersten Jahr ihrer Analyse die Stunde fünf- bis zehnmal unterbrochen, um in die Toilette zu laufen. Während der analytischen Arbeit hat diese hochintelligente Medizinerin spontan selber vier verschiedene Konstruktionen über die Genese ihrer Blasen-neurose entwickelt. Wir zählen sie kurz auf:

Die erste Konstruktion: Ihre Blasen-neurose sei eine traumatische Fixation aus der Frühkindheit. Mit 4-5 Jahren fühlte sie stets sexuelle Erregung, wenn sie gleichaltrige Mädchen oder Buben im Garten oder auf der Straße Harn oder Stuhl lassen sah. In ihren damaligen wie auch in den gegenwärtigen Onaniephantasien ruft sie die Bilder von urinierenden oder defazierenden Kindern in sich wach. Bei der Onanie rieb sie die Urethra und den Anus. Auf diese frühkindlichen Erlebnisse will die Patientin das ewige Brennen in der Urethra und im Anus, das ständige Schmieren beider Regionen mit Salben und die dabei empfundene sexuelle Lust zurückführen, die sie selber als Krankheitsgewinn deutet. Man kann, behauptet sie selber, das Brennen in beiden Öffnungen wie auch die Poly- und Pollakisurie als hysterische Konversion und als Regression auf die prägenitale Stufe der urethralen und analen Sexualität auffassen. In diese Selbstkonstruktion ihrer Konversionshysterie paßt aber u. E. das absolute Bewußtsein des Erlebnisses nicht hinein. Von Verdrängung war keine Spur vorhanden. Die Situation war eher der bei Perversionen ähnlich.

Die zweite Konstruktion der Patientin ist späteren Datums. Sie suchte eine Konstruktion zum Verstehen der Unmenge des produzierten Urins. Sie erinnerte sich, daß sie als Kind niemals weinte, da ihr die Mutter diese kindliche Art von Affektäußerungen verboten hatte. Nun glaubte sie, daß die Unmenge von Urin die unterdrückten Tränen ersetze. Sie uriniert, statt zu weinen. Diese zweite Konstruktion stellt ebenfalls einen Verschiebungsakt dar, nur steht hier an Stelle der prägenitalen Sexualität ein eingeklemmter Affektausdruck: das Weinen. Natürlich habe ich zur Zeit dieser und auch der nachfolgenden Konstruktionen keine Meinung geäußert. Ich wartete passiv auf die weiteren.

¹ Vgl. hiezu auch die Konstruktionen in der Schicksalsanalyse des Falles 38.

² Polyurie = krankhafte Vermehrung der Harnmenge.

³ Pollakisurie = Drang zu häufiger Harnentleerung.

Die dritte spontane Konstruktion trug schon einen ich-haften Charakter: Wenn die Patientin mit einem Kranken, der schwer leidet, partizipiert, so fühlt sie, daß in ihr der Verschmelzungsdrang immer höher steigt. Auf dem Höhepunkt der Partizipation muß sie auf die Toilette laufen und eine Unmenge Harn abgeben. Der Wiederholungsdrang des Urinierens ist – ihrer Meinung nach – eine Ersatzbefriedigung der Partizipation. Diese Konstruktion leuchtete ihr deswegen ein, weil sie feststellte, daß je größer ihre Anteilnahme an dem Leiden ihrer Englischlehrerin wurde, um so häufiger mußte sie urinieren. Ferner hing die Menge des Urins stets von der Stärke ihres Partizipationsdranges ab.

Die vierte Konstruktion entwickelte die Patientin nach mehr als 300 Traumdeutungen, und zwar nach der Deutung eines Traumes, den nicht sie selber, sondern die Englischlehrerin träumte und der die wechselseitigen unterdrückten lesbischen Ansprüche aufdeckte. Sie gab spontan die Erklärung, daß die Partizipation mit dieser Lehrerin die lesbische Liebe ersetzte. Jetzt verstehe sie nun endlich – teilte sie mir mit –, warum sie so oft auf die Toilette gehen mußte, wenn die Partizipation mit der Lehrerin für sie unerträglich wurde.

*

Die Patientin lieferte somit im Laufe der Analyse vier verschiedene Konstruktionen zur Entstehung ihrer Blasenneurose: eine *prägenitale* Konstruktion aus der frühkindlichen urethral-analen Phase; eine zweite, *affektive* Konstruktion aus ihrer unterdrückten Affektäußerungsphase, wobei Urinieren gleich Weinen bedeutet; eine dritte *ich-hafte* Konstruktion, bei der der Urinierdrang an Stelle des Partizipationsdranges steht; endlich eine vierte, in der die *Partizipation als Ersatz für die lesbische Liebe* und als Verschiebung dieser Erotik auf das Urinieren fungierte. Trotz allen vier Konstruktionen verschwand aber das Symptom nicht.

Ein Psychoanalytiker würde den Fall wahrscheinlich als eine klassische traumatische Neurose mit Fixationen an die prägenitalen, urethral-analen Entwicklungsstellen, oder als Konversionshysterie, oder als Verdrängung der Homosexualität mit konsekutiven Ich-Veränderungen (Inflatio, Megalomanie) und mit Regressionsverschiebungen der Sexualität auf die Urethra und den Anus erachten und die Behandlung in passiver Form jahrelang weiterführen.

Im Besitz des Stammbaumes und in der psychiatrischen Beobachtung des Falles mußte ich aber eine andere Meinung hegen. Zuerst ließ ich die Patientin nach 1½ Jahre dauernder Analyse wieder hospitalisieren. Als dann die neu vorgenommenen funktionellen Nierenuntersuchungen, der gynäkologische und der endokrinologische Befund wieder negativ ausfielen, habe ich mich zu einem aktiven Durcharbeiten aller vier Konstruktionen und ihrer Heredität entschlossen. Ich nahm das ganze analytische Material mit der Patientin durch und äußerte meine Auffassung zu den von ihr spontan gegebenen Konstruktionen. Ich schloss die Möglichkeit nicht aus, daß alle vier Faktoren in der Entstehung ihres Wiederholungszwanges der nächtlichen Heilungsphantasien und des Blasensymptoms eine Rolle spielten, betonte aber, daß keiner von ihnen die wirkliche Ursache der Blasenneurose und des inflativen Wiederholungszwanges, der Heilungsphantasien sein könne.

Wir arbeiteten danach gemeinsam ihren Stammbaum durch. Dabei konnte ich ihr zeigen, daß die Überempfindlichkeit der Blase, der Urethra, des Anus *nur eine*

besondere Manifestationsform der familiären Allergie ist. Dieselbe Allergie manifestierte sich als *Asthma* beim Vater (siehe Abb. 3, Stammbaum zum Fall 2, Nr. 26), bei der Schwester des Vaters (30), bei einer ihrer mütterlichen Cousinen (33). *Sie ist also eine konstitutionelle Allergikerin*. Wir müssen annehmen, daß die frühkindlichen Erlebnisse nur als *auslösende und ortsbestimmende Faktoren* (Urethra, Anus) mitgespielt haben. Sie würde aber genau so wie die erwähnten Familienmitglieder auch ohne diese Erlebnisse andersartige allergische Symptome zeigen. Wir rieten ihr, einige Allergiespezialisten aufzusuchen.

Danach haben wir die Genese der inflativen Wiederholungszwänge mit ihr gemeinsam durchgearbeitet. Wir wiesen auf die inflativen und projektiven paranoiden Mitglieder der Familie hin. Paranoid waren: der väterliche Großvater (12), ein Entdecker eines Perpetuum mobile, dessen zwei Brüder (8 und 18), die zwei Ehemänner der Schwester der Großmutter (15 und 16), die an einer paranoiden Schizophrenie mit Größenwahn litten; ferner die Schwester des Vaters (29). Insgesamt *vier Blutsverwandte und zwei Wahlverwandte in ihrem engsten Familienkreis litten somit an schweren Ich-Veränderungen paranoider Natur* (Entdeckungs-, Religions-, Verfolgungswahn); einige mußte man sogar internieren. Ich teilte ihr mit, daß ihre Inflationen hereditären Ursprungs sind und daß in den Wiederholungszwängen mit den Heilungs-Halluzinationen diese paranoiden Ahnenfiguren wiederkehren. Sie trägt somit, vom schicksalsanalytischen Aspekt her gesehen, zwei Existenzmöglichkeiten in sich: einmal *die paranoid-schizophrene kranke Existenz*, zum zweiten *die konstitutionelle Berufung zur Psychiatrie*. Die Wahl ist frei, und sie selber muß eine Existenzmöglichkeit von den beiden für die Zukunft wählen.

Während ihre eigenen Konstruktionen wirkungslos blieben, hat die Einbeziehung der Heredität in das Durcharbeiten die Patientin schlagartig verändert. Aus der hochmütigen, überheblichen, stets agierenden, unruhigen Person, die maßlos narzißtisch und autistisch über ihre Heilwirkungen schwatzte, wurde ein eher gehemmt, bescheidenes Individuum, das sich – mühevoll – aber doch an die Welt der Psychiatrie anzupassen und die Grenzen ihrer Fähigkeiten zu sehen begann. Der Zwang zur Wiederholung des Urinierens in der Stunde ist fast verschwunden. Obwohl sie den Impuls dazu weiter fühlte, konnte sie doch den Drang beherrschen. Später, als sie mit einem Kontrollfall große Schwierigkeiten hatte, fiel sie in bezug auf die Blasenneurose zurück, fing sich aber leicht auf und arbeitet als analytische Psychiaterin bescheiden weiter.

*

Mit diesem Fall konnten wir demonstrieren, wie eng gewisse traumatisch-neurotische Symptome mit hereditären Ich-Veränderungen verwoben erscheinen können; ferner, daß *nicht die Konstruktionen, sondern das Durcharbeiten der Heredität, ihre Annahme und die adäquat sozialisierte Beschäftigung der Abnenansprüche die Hauptaufgabe des Analytikers ausmachen*, sogar in Fällen, die vorerst die Impression einer Konversionshysterie oder traumatischen Fixation erwecken.

Wir erwähnen hier nur kurz die Erfahrung, daß der Schicksalsanalytiker bei bestimmten Perversionen von anal-sadistischem oder analmasochistischem Charakter wie bei Voyeurtum, des öfteren dadurch Erfolge buchen konnte, daß er beim Durcharbeiten der Heredität auf die *epileptiforme* Konduktorschaft dieser Perver-

tierten hinwies. Wir fanden bei ihren Vor- und Nachkommen manifeste Epileptiker, Migränekranke, Asthmatiker usf. und konnten bei den Kranken selber durch die Psychoschocktechnik auf der Couch eine aura epileptica mit Mordanfällen, Ausreißenwollen, mit Absterben von Extremitäten und Verwirrtheit hervorrufen (Fall 50). In diesen Fällen mußte der Patient seine Epilepsiekonduktorschaft bewußtseinsfähig machen, die Wiederholungszwänge der Perversionsanfälle als Äquivalente der Epilepsie annehmen und dagegen teils medikamentös, teils durch eine entsprechende Berufswahl Schutz suchen. Eine äußerst schwere Aufgabe, die aber gelegentlich erfolgreich sein kann¹.

*

Im Anfang war die analytische Therapie «in erster Linie eine Kunst der Deutung»². Später entwickelte sie sich neben der Deutung zu einer Kunst des Konstruierens längst vergangener Lebensphasen. Heute ist der Erfolg jeder Analyse von der Tiefe und Gründlichkeit des Durcharbeitens abhängig gemacht. Die Einbeziehung der Heredität in das Durcharbeiten kann die Chancen der Behandlung auch bei den hereditär ich- und Triebgestörten erhöhen, insbesondere durch die Re-Sozialisierung im Sinne des schicksalsanalytischen Operotropismus.

Kapitel XXVI

ZUR FRAGE DER BEENDIGUNG DER ANALYSEN

A. Auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen

Die Frage nach der Beendigung einer Analyse wurde 1927 von S. FERENCZI im praktischen, 1937 von S. FREUD mehr im theoretischen Sinne beantwortet. Die praktische Frage ist: *Wann* soll man eine Analyse als beendet betrachten? Im Vortrag auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Innsbruck (1927) gab S. FERENCZI³ einige gewichtige Ratschläge.

Sein generell formulierter Rat lautet: «Die richtige Beendigung einer Analyse ist wohl die, bei der weder der Arzt noch der Patient kündigt; die Analyse soll sozusagen an Erschöpfung sterben, wobei immer noch der Arzt der Argwöhnische bleiben und daran denken muß, daß der Patient mit seinem Weggehenwollen etwas Neurotisches retten will. Ein wirklich geheilter Patient löst sich langsam, aber sicher von der Analyse los; solange also der Patient noch kommen will, gehört er noch in die Analyse⁴.» FERENCZI versucht sodann aber auch, bestimmte Indizien aufzuzählen, welche auf das nahe Ende der Behandlung hinweisen.

¹ Vgl. hierzu «Ich-Analyse», 1956, S. 84 ff.

² FREUD, S.: «Psychoanalyse» und «Libidotheorie». Handwörterbuch für Sexualwissenschaft. Hg. von Max Marcuse, Verlag Marcus & Weber, Bonn, 1923. Ferner: Ges. Schr. Bd. XI, S. 205.

³ FERENCZI, S.: Das Problem der Beendigung der Analysen. Int. Ztschr. f. Psa. Bd. XIV, H. 1, 1928, S. 1-10.

⁴ Ebenda: S. 8.

Man kann einen Neurotiker so lange nicht als geheilt betrachten, als er die Lust zu unbewußtem Phantasieren, zum Lügen oder zur Entstellung der realen Wirklichkeit nicht aufgibt. Der Autor betont; daß eine Neurose nur dann als geheilt betrachtet werden kann, wenn die Sonderung des Reellen vom bloß Phantasierten durchgeführt wurde, ja es ist als Indiz für die Beendigung der Analyse anzusehen, daß der Analysierte seine bisherige Neigung zur Entstellung der Tatsachen, seine Lügenhaftigkeit, offen bekennt und einstellt.

Die Richtigkeit dieser Feststellung des Autors können wir bestätigen. Als Beispiel stehe hier folgender Satz aus dem Traum einer Hysterikerin (siehe später Fall 21), den sie nach etwa 1½ Jahren der Behandlung, die sie beenden wollte, brachte. Der Traum 191 beginnt mit dem Satz:

«Ich sollte Dr. SZONDI ein Wörterbuch zurückbringen, habe es aber vergessen.»

Dieser Satz wurde so ausgelegt, daß sie die Worte, die sie mir sagen sollte, nicht in die Erinnerung zurückbringen kann. Und dazu bemerkte sie noch, daß sie sowohl im Leben wie auch in der Analyse die Tatsachen des öfteren zwangsläufig entstellen, ja sogar auch ihr Verhalten verstellen muß. In diesem Fall war eine schwere Arbeitsstörung als Folge eines Strafbedürfnisses und Schuldbewußtseins vorhanden, über dessen Ursprung die Patientin manche Konstruktionen fabrizierte, ohne aber die Selbstsabotage aufzugeben. Nun ist sie gleichzeitig mit diesem Bekenntnis der Entstellungen zum erstenmal nach 1½ Jahren im Traum dem Großvater begegnet, der wegen Versicherungsbetruges drei Jahre im Gefängnis war. Die Schuld, die sie abbüßen muß, ist – wie sie behauptet – eine familiäre Schuld. Sie darf keine Erfolge haben, weil sie sich mit der Schuld des Großvaters identifizierte, als sie ihn nach der Entlassung zum erstenmal sah. Sie war damals 13 Jahre alt, und da der Vater ständig diesen Großvater – als seinen Schwiegervater – erniedrigte, fühlte sie sich moralisch verpflichtet, die Schuld mit ihm zusammen zu tragen.

FERENCZI betont, «daß keine Symptomanalyse theoretisch als beendet betrachtet werden kann, die nicht gleichzeitig oder abschließend eine vollständige Charakteranalyse ist»¹. Er bezieht sich dabei auf die Feststellung FREUDS, daß die Synthese sich nach der Psychoanalyse automatisch einstellt und der Analysand eben deshalb keine Angst haben sollte, wenn er in der Behandlung seines alten Charakters «entkleidet» werde. Denn die Auflösung der Charakterstruktur in der Behandlung ist nur eine Überleitung zu einer «Umkristallisierung», zu einem Umbau des Charakters, der als Endziel der Analyse betrachtet werden sollte.

Die Richtigkeit dieser These wurde in unserem Fall 14 bestärkt. In diesem Falle sind die Symptome der Pseudoangina pectoris nach fünfmonatiger Behandlung vollständig verschwunden. Danach aber haben wir vier Monate hindurch in sechs Wochenstunden die unerwünschten Charakterzüge des Patienten – so seinen maßlosen Drang nach Reichwerden, nach Mehrseinwollen und insbesondere die Unredlichkeit im Geschäftemachen – auf ihre traumatische Entstehung in der Kindheit zurückgeführt und durchgearbeitet. Die Umstrukturierung seines Charakters ist nach einer sechsjährigen Katamnese als gelungen zu betrachten. Der Mann hat nach der Analyse sein Engrosgeschäft liquidiert, ist in den USA Medi-

¹ Ebenda: S. 4.

ziner geworden und arbeitet seit etwa 3 Jahren, wie bereits erwähnt, als Analytiker tüchtig und redlich.

Der Autor glaubt, daß man eine Analyse erst dann beenden sollte, wenn nicht nur der «innere» Charakter, sondern sogar das Aussehen und das äußere Benehmen, die Physiognomik (Mimik) der Kranken, sich verändert hat. Er hält es für notwendig, daß der Analytiker «den Patienten einen Spiegel taktvoll vorhalten sollte», damit sie sich der Besonderheiten ihres Benehmens, ja ihres körperlichen Aussehens erstmals bewußt werden¹. Diese taktvolle Konfrontierung der Analysanden mit ihrem körperlichen Phaenotypus halten wir insbesondere bei Frauen für unerläßlich, die sich in der Analyse in unweiblicher Weise verhalten, in vernachlässigter Kleidung oder in Hosen erscheinen und ihre Kosmetik und Haarpflege völlig vernachlässigen. Wir erachten als Indiz der nahenden Beendigung der Analyse, wenn diese Patientinnen sich allmählich in gepflegte und diskret gekleidete Frauen verwandeln, oder wenn Männer, die bis dahin in «existenzialistischer», salopper Kleidung erschienen sind, plötzlich bürgerlich angezogen in die Stunde kommen. Noch eine erstaunliche Beobachtung gehört hierher, die wir an manchen Analytikern selber machten. Auch sie können sich während ihrer langjährigen Tätigkeit äußerlich verändern. So verwandeln sich manche Analytiker infolge ihres Berufes in effeminierte Männer, Frauen in Mannweiber. Es handelt sich dabei zumeist um eine Verschiebung der psychosexuellen Proportionen als Folge der Gegenübertragung und des Gegenagierens. Eine Re-Analyse dieser Analytiker kann leicht diese äußeren Zeichen einer Berufskrankheit wegschaffen. Hier muß ich noch eine besondere Berufskrankheit der Analytiker erwähnen, nämlich *die progredierende Taubheit* nach jahrzehntelang ausgeübter Tätigkeit. Die prozentuale Häufigkeit dieser Hörstörung bei Analytikern ist derzeit noch nicht in exakter Weise festgestellt. Dennoch glaube ich annehmen zu müssen, daß diese weit über der Häufigkeit der Durchschnittsbevölkerung stehe. Auch das scheint mir wahrscheinlich zu sein, daß mit der Hörstörung eine besondere «intersexuelle» Konstitution mitzugehen pflegt. Im ersten Buch der «Schicksalsanalyse» konnte ich anlässlich der Analyse einer 517köpfigen Menschenkonglomeration auf die große Wahrscheinlichkeit enger Erbbeziehung zwischen der Intersexualität, paranoiden Schizophrenie, Taubheit und dem psychiatrischen und psychoanalytischen Beruf hinweisen². Hier erwähnen wir noch die Möglichkeit, daß die progredierende Taubheit bei bestimmten Analytikern – neben der Erbanlage der Otosklerose – vielleicht auch psychisch als Folge einer unbewußten ständigen Abwehr des Ewigen-Hinhören-Müssens (oft 8–10 Stunden pro Tag) superdeterminiert sein könnte. Es würde sich lohnen, diese «Berufskrankheit» einmal klinisch und psychologisch näher zu untersuchen.

Auf die Frage des Zeitmoments antwortete FERENCZI, daß die Aussicht auf rascheren Erfolg bei den Fällen am größten ist, wo eine unbeschränkte Zeit für die Analyse gesichert wird. Er stellt aber nicht in Frage, daß bestimmte Patienten eben diese Zeit- und Terminlosigkeit ausgiebig mißbrauchen können.

Der Autor sagt: «Keine Analyse ist beendet, bei der nicht die meisten Vor- und Endlustbetätigungen der Sexualität, sowohl in ihren normalen wie in ihren

¹ Ebenda: S. 5.

² Schicksalsanalyse, II. Aufl. 1948, S. 205–207, Tab. 10.

abnormen Äußerungsformen in der bewußten Phantasie gefühlsmäßig durchlebt werden; jeder männliche Patient muß dem Arzt gegenüber als Zeichen der Überwindung der Kastrationsangst ein Gefühl der Gleichberechtigung erlangen; alle weiblichen Kranken müssen – soll ihre Neurose als eine vollständig erledigte gelten – mit ihrem Männlichkeitskomplex fertig werden und sich ohne Ranküne den Denkmöglichkeiten der weiblichen Rolle hingeben¹.»

Keine Analyse sollte beendet werden, solange der Patient sich nicht dazu entschließt, auch seine Lebens- und Verhaltensweise so zu verändern, wie dies im Einverständnis mit den Weisungen des Analytikers aus der Behandlung hervorgeht.

Der Autor erwähnt noch die «Symptomwandlung» als Zeichen dafür, daß die Analyse bald zu Ende geht. Insbesondere weisen das Auftreten der hysterischen Symptome bei Zwangsneurotikern, oder das Erscheinen von Zwangssymptomen bei Hysterikern auf die Nähe der Beendigung der Analyse hin. Die passagären Psychosen sollen den Analytiker nicht erschrecken, denn sie können ebenfalls als Symptomwandlung zur definitiven Heilung führen. – Unser Fall 15 ist ein Paradigma für die Richtigkeit der obigen Beobachtung.

FERENCZI ist davon überzeugt, daß die Analyse kein endloser Prozeß sei, sondern bei entsprechender Sachkenntnis und Geduld des Analytikers zu einem natürlichen Abschluß gebracht werden kann. Auf die Frage, ob er schon viele vollständige Analysen zu verzeichnen habe, muß er dennoch mit einem *Nein* antworten².

*

Die Frage nach der vollständigen und unvollständigen Analyse wurde zehn Jahre nach FERENCZIS Referat von S. FREUD wieder aufgeworfen³. Er untersuchte einerseits die inneren Bedingungen der abschließbaren – endlichen und unabschließbaren – unendlichen Analysen, andererseits nahm er kritisch Stellung zu zwei – bisher optimistisch behandelten – Problemen, nämlich zur *Frage der Dauerheilung und der analytischen Prophylaxe*.

Natürlicherweise sollte eine Analyse dann abgeschlossen werden, wenn sie ihre Ziele bereits erreicht hat. Nun wurden aber diese Ziele auch unter den Analytikern auf verschiedene Höhen gesetzt. Außerdem gibt es oft auch einen Unterschied in der Zielsetzung des Analysanden und seines Analytikers.

S. FREUDS Zielsetzung begnügt sich 1937 damit, «daß der Trieb ganz in die Harmonie des Ichs aufgenommen, allen Beeinflussungen durch die anderen Strebungen im Ich zugänglich ist, nicht mehr seine eigenen Wege zur Befriedigung geht»⁴. Nun mußte aber FREUD selber zugeben, daß die Frage nach dem «Wie» dieser Arbeit «ohne metapsychologisches Spekulieren und Theoretisieren», ja sogar ohne «Phantasieren» nicht zu beantworten sei. Er weist hier auf den Anhaltspunkt zu dem Gegensatz zwischen Primär- und Sekundärvorgang hin⁵.

In einer früheren Arbeit (1923) bestimmt er die Zielsetzung der Analyse noch

¹ Zitierte Arbeit S. 8.

² Ebenda: S. 10.

³ FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. 1937. Ges. Schr. Bd. XVI, S. 59–99.

⁴ Ebenda: S. 69.

⁵ Unter *Primärvorgang* versteht die Psa bekanntlich diejenige primitive Denkart, welche durch Verschiebung und Verdichtung sich von den Gesetzen der Logik losgerissen hat und im Ubw und somit in den Träumen vorherrscht. Als *sekundärer Vorgang* wird hingegen das Denken nach den Gesetzen der Logik im Wachzustand genannt.

detaillierter: «Als das Ziel der Behandlung kann hingestellt werden, durch die Aufhebung der Widerstände und Nachprüfung der Verdrängungen des Kranken die weitgehendste Vereinheitlichung und Stärkung seines Ichs herbeizuführen, ihm den psychischen Aufwand für innere Konflikte zu ersparen, das Beste aus ihm zu gestalten, was er nach Anlagen und Fähigkeiten werden kann, und ihn so nach Möglichkeit leistungs- und genußfähig zu machen. Die Beseitigung der Leidenssymptome wird nicht als besonderes Ziel angestrebt, sondern ergibt sich bei regelrechter Ausführung der Analyse gleichsam als Nebengewinn¹.»

Insbesondere sind es drei Momente, von denen – nach FREUD – die Chancen einer Analyse abhängen: Einfluß von Traumata – konstitutionelle Triebstärke – und Ich-Veränderung. Je größer der Anteil der Traumata, und je kleiner der der konstitutionellen Faktoren in der Entstehung einer Neurose ist, um so größer wird die Wahrscheinlichkeit, daß eine analytische Behandlung rechtzeitig abgeschlossen werden kann («Ergänzungsreihe»). In bezug auf die konstitutionelle Trieb- und Ich-Stärke betont zwar FREUD die Wichtigkeit des quantitativen Aspektes, bleibt aber die Antwort schuldig, wie man von Fall zu Fall diesen quantitativen Faktor abschätzen und ihn sodann prognostisch bewerten könnte. Aus seinen letzten Ausführungen wird ersichtlich, daß eben dieser unbestimmbare quantitative Faktor es bedingt, ob eine Analyse ein natürliches Ende erlangen kann oder ob sie zu einer unendlichen wird.

Die Stammbaumuntersuchungen und die experimentelle Existenzanalyse in der Schicksalsanalyse versuchten nun, diese Lücke auszufüllen. Die Methode der «Prognostischen Skala» nach A. BEELI setzt den Analytiker instand, noch vor Beginn der Analyse die Chancen des Erfolges mit etwa 83% Wahrscheinlichkeit zu beurteilen².

In bezug auf die Zielsetzung wirft FREUD auch die Frage einer «vorbeugenden Behandlung», einer «*analytischen Prophylaxe*» auf. Die Vorbeugung kann sich erstens auf die Wiederkehr desselben Konfliktes beziehen, d.h. auf seine «Dauerheilung»; zweitens auf die latenten Triebkonflikte, die zwar im Ubw des Analysanden vorhanden waren, aber sich in der laufenden Analyse nicht bemerkbar machten. Diese Art von Vorbeugung wäre die eigentliche «analytische Prophylaxe».

Ist es aber möglich, einen Triebkonflikt dauernd und endgültig zu erledigen? Zu dieser Frage der Dauerheilung äußerte FREUD, daß man einen Triebanspruch niemals endgültig zum Verschwinden bringen kann. Man ist aber imstande, ihn zu «bändigen». Unter Bändigung versteht er, daß der gefahrbringende Trieb während der Behandlung ganz in die Harmonie des Ichs aufgenommen und von den eigenen Befriedigungswegen abgehalten wird³. Der Erfolg der Bändigung hängt somit einerseits von der Triebstärke, andererseits von der Ich-Stärke ab. Er glaubt, daß die konstitutionelle Triebstärke an sich den Analytiker vor dasselbe Problem stellt wie die physiologischen Triebverstärkungen in der Pubertät und der Menopause bei Frauen. Die Frage einer Dauerheilung wird somit auf die Leistungsfähigkeit der Ich-Abwehr beschränkt. Er schreibt: «Die nachträgliche Korrektur des ursprünglichen Verdrängungsvorganges, die der Übermacht des quantitativen Fak-

¹ FREUD, S.: «Psychoanalyse» und «Libidotheorie». Ges. Schr. Bd. XI, S. 216–217.

² BEELI, A.: Prognose und Indikation einer Psychotherapie. Szondiana III, Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals. Huber, Bern und Stuttgart, 1962, S. 107 ff.

³ FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Schr. Bd. XVI, S. 89.

tors ein Ende macht, wäre also die eigentliche Leistung der analytischen Therapie¹.» Ist dies erreicht, so kann man die Analyse beenden. Der Analytiker ist bestrebt, «die undichten Verdrängungen durch zuverlässige, ich-gerechte Bewältigungen zu ersetzen²», aber die Umwandlung gelingt oftmals nur partiell, da Anteile der alten Mechanismen in der Analyse unberührt bleiben. Und gerade daraus entsteht die Unbeständigkeit der Wirkung einer analytischen Therapie. Deshalb ist es so schwer, dem Patienten eine Dauerheilung zu garantieren,

Kann man den Patienten während der Behandlung eines aktuellen Triebkonfliktes auch gegen die latenten, d. h. zukünftigen Triebkonflikte schützen? Die Antwort FREUDS ist negativ: «Wenn ein Triebkonflikt nicht aktuell ist, sich nicht äußert» – schreibt er – «kann man ihn auch durch die Analyse nicht beeinflussen³. Gelingen es, den latenten Triebkonflikt *künstlich* in den Vordergrund zu bringen, dann nütze ja die Analyse in akut krisenhaften Zuständen so gut wie nichts, da die Psychoanalyse erfahrungsgemäß erst dann zu brauchen ist, wenn die krankmachenden Erlebnisse schon der Vergangenheit angehören. FREUD hegt die Meinung, daß eine künstliche Erzeugung von neuen Konflikten im Übertragungsverhältnis nur der positiven Einstellung zum Analytiker schaden könnte. Der andere Weg, nämlich indem man von ihnen spricht, erweckt künstlich neue Konflikte in der Vorstellung des Analysierten und erwies sich als nutzlos. Er kommt zu der Konklusion, daß man die Wirkung der vorbeugenden Analysen weit überschätzt hat.

Daraus erkennen wir wieder die Stärke der Persönlichkeit S. FREUDS, der sich nie von einem Optimismus seiner Anhänger hinreißen und in eine ehrgeizige Illusion in bezug auf die Wirkung und Zukunft einer Psychoanalyse einlullen ließ.

Auf die Frage, welche Fälle vollständig analysierbar sind, gibt er die im Vorwort zitierte Antwort: nur die mit einer traumatischen Ätiologie. Unvollständig und unabschließbar sind hingegen die Fälle mit hereditären Ich-Veränderungen⁴. In der Psychoanalyse verbündet sich der Analytiker «mit dem Ich der Objektperson, um unbeherrschte Anteile ihres Es zu unterwerfen, also sie in die Synthese des Ichs einzubeziehen. Die Tatsache, daß ein solches Zusammenarbeiten beim Psychotiker regelmäßig mißlingt, leiht unserem Urteil einen ersten festen Punkt. Das Ich, mit dem wir einen solchen Pakt schließen können, muß ein normales Ich sein»⁵. Nun ist aber dieses normale Ich eine «Idealfiktion», da ja das Ich sich auch bei dem sogenannten «Normalen» mehr oder weniger dem kranken Ich annähert. Als Maß der Ich-Veränderung kann vorderhand der Grad der Annäherung bzw. die Entfernung von diesem «psychotischen Ich», also wieder das quantitative Moment, dienen. FREUD unterscheidet hier die Ich-Veränderungen, die im Abwehrkampf *erworben* wurden, von denen, die *hereditären* Ursprungs sind. Die im Abwehrkampf erworbenen Ich-Veränderungen bekommt der Analytiker als Ich-Widerstand zu spüren⁶. Sie können unter Umständen überwindbar sein, während die hereditären Ich-Veränderungen in der Regel die Dauer einer Analyse ins Unabschließbare auszudehnen pflegen; im besten Fall führen sie zu unvollständigen Heilerfolgen. Da aber die Heredität – auch nach FREUD – die Auswahl

¹ Ebenda: S. 71.

² Ebenda: S. 75.

³ Ebenda: S. 75.

⁴ Ebenda: S. 64.

⁵ Ebenda: S. 78–80.

⁶ Siehe die Kapitel XVIII–XXIV dieses Buches.

bestimmt, welche Abwehrart die Person am häufigsten zu benützen hat und da diese hereditär bevorzugten Abwehrmechanismen sich im Ich bzw. im Charakter als Reaktionsbildungen festsetzen können, darf man – ohne Übertreibung – sagen, daß *jegliche Ich-Veränderung – ob erworben oder hereditär – als der mächtigste Widersacher in der Behandlung beurteilt werden muß.*

In Anlehnung an FERENCZIS Ausführungen behauptet auch FREUD, daß nicht nur die Ich-Beschaffenheit des Patienten, sondern auch die Eigenart des Analytikers unter den Momenten, welche den Erfolg bedingen, ihre Stelle fordert¹. Er schreibt: «Es ist unbestreitbar, daß die Analytiker in ihren eigenen Persönlichkeiten nicht durchwegs das Maß von psychischer Normalität erreicht haben, zu dem sie ihre Patienten erziehen wollen . . . Analytiker sind Personen, die eine bestimmte Kunst auszuüben gelernt haben und daneben Menschen sein dürfen wie auch andere. Man behauptet sonst doch nicht, daß jemand zum Arzt für interne Krankheiten nicht taugt, wenn seine internen Organe nicht gesund sind; man kann im Gegenteil gewisse Vorteile dabei finden, wenn ein selbst von Tuberkulose Bedrohter sich in der Behandlung von Tuberkulösen spezialisiert².» Trotzdem glaubt er, daß man vom Analytiker «ein höheres Maß von seelischer Normalität und Korrektheit» verlangen sollte, um als Vorbild oder Lehrer wirken zu können. Da trotz der umständlichen Lehranalyse die analytische Tätigkeit für den Analytiker eine Gefahr bedeuten könnte, sollte nach FREUD jeder Analytiker periodisch nach Verlauf von fünf Jahren wieder in Analyse gehen³.

Trotz seinem theoretisch begründeten Pessimismus kommt FREUD zum Schluß, daß man dennoch nicht behaupten könne, die Analyse wäre eine Arbeit ohne Abschluß. Man dürfe aber von ihr nicht erwarten, «alle menschlichen Eigenarten zugunsten einer schematischen Normalität abzuschleifen oder gar zu fordern, daß der ‚gründlich Analysierte‘ keine Leidenschaften verspüren und keine inneren Konflikte entwickeln dürfe. Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen, damit wäre ihre Aufgabe erledigt⁴. Diese obwohl so eng eingeschränkte Aufgabe ist aber an sich schon so schwierig, daß er jegliches Abkürzungsverfahren ablehnt.

B. Auf dem Gebiete der hereditären Ich- und Triebstörungen

I. Analyse der postanalytischen «Residualstörungen» im Ich nach Aufhebung der Verdrängungsvorgänge

Residualstörungen im Ich sind jene Ich-Veränderungen, die FREUD – trotz Aufhebung der Verdrängungsvorgänge – als «Anteile des alten Mechanismus in der Analyse als unberührt» zurückgebliebene Ich-Störungen vorfand. Dieser Umstand bereitete für ihn eine große Enttäuschung, aber als illusionsfreier Forscher gab er diesen Befund offen zu.

¹ Ebenda: S. 93.

² Ebenda: S. 93–94.

³ Ebenda: S. 96.

⁴ Ebenda: S. 96.

Als Schicksalsanalytiker mußten wir natürlich fragen: *Welche Ich-Veränderungen bleiben nach lege artis durchgeführten Psychoanalysen im Ich als Residualstörungen zurück?* Unsere Nachforschungen bewiesen, daß es sich dabei nur selten um die im Abwehrkampf erworbenen allein, sondern ausnahmslos auch um hereditäre, familiärspezifische Ich-Veränderungen handelt. Die Residualstörungen im Ich der Patienten waren stets die nämlichen, welche bei ihren Vorfahren bereits mehrfach in Erscheinung traten. Die dargestellten Fälle 2, 3 und 15 z. B. weisen darauf hin, daß es sich bei den Residuen im Ich dieser Patienten nach Abtragung der persönlich erworbenen Verdrängungsvorgänge um schwere hereditäre inflative oder projektive paranoide Ich-Störungen handelte, die auch in ihren Stammbäumen vermerkt wurden. In diesen und ähnlichen Fällen war die analytische Arbeit an eine «Erbmauer» im Ich gestoßen und dort stehengeblieben. Überblicken wir diejenigen Fälle, die nach einer langjährigen und doch unabschließbaren Psychoanalyse anschließend oder später auch eine Schicksalsanalyse auf sich nahmen, dann finden wir ohne Ausnahme diese Erbmauer im Ich als das die Krankheit aufrecht erhaltende Residuum. Wir erwähnten im Fall 6, daß die Patientin nach einer Psychoanalyse, welche die lesbische Sexualität praktisch abgebaut hat, wegen einer paranoid-epileptoid gefärbten Kindsmord-Phobie in die Schicksalsanalyse kam. Hier wurde sie nun durch Ahnenräume mit den zwei schizophrenen Tanten und mehreren epileptischen Mitgliedern der Familie konfrontiert und die hinter diesen Erbkrankheiten verborgene Ich- und Triebstörung wurde eingehend mit ihr durchgearbeitet. Die Patientin lebt seit etwa 6 Jahren gesund in ihrer Familie¹.

Auf diesem Wege kamen wir zu der Behauptung, daß *der Großteil der sogenannten unabschließbaren Psychoanalysen eben darum nicht zu einem natürlichen Abschluß kommen kann, weil der Psychoanalytiker mit seiner Routinetechnik nur das persönlich Verdrängte und dessen Abwehrart aufdeckt, die hereditäre Ich- und Triebstörung hingegen unerledigt und unberührt läßt.* Der Irrtum besteht darin, daß er eine hereditäre Ich-Störung mit der darüber gelagerten Schicht der persönlich erworbenen Traumata nur als traumatische Neurose erachtet und behandelt. Dies tut er um so mehr, als er entweder im Prinzip jegliche Heredität in Frage stellt, oder – wenn er sie auch annimmt – die Meinung hegt, er könne ja sowieso gar nichts mit einer ererbten Ich-Veränderung anfangen. Im Vorwort erwähnten wir schon, daß uns eben dieser Umstand zu der schicksalsanalytischen Therapie führte. Im dritten, klinischen Teil dieser Arbeit werden wir die technischen Möglichkeiten der Umwandlung des hereditären Residuums ausführlich behandeln.

Hier genügt, zu betonen, daß Neurosen, die neben den infantilen Traumata auch hereditäre Ich-Veränderungen aufweisen, nur nach einer schicksalsanalytisch durchgeführten Umwandlung bzw. Vertauschung der Ich-Existenzen zu einem natürlichen Abschluß gelangen können. Dabei müssen wir uns dessen völlig bewußt werden, daß durch diese künstliche «Vertauschung» der Ich-Existenzen die ursprüngliche hereditäre Ich-Veränderung nicht zerstört oder endgültig ausgemerzt, sondern nur aus dem Vordergrund in den Hintergrund versetzt wird und die neue «Ich-Existenz» ebenfalls eine krankhafte sein kann, die aber die Arbeitsfähigkeit und die Soziabilität weniger stört als die vorausgehende Daseinsform. Das Durcharbeiten und Vertauschen der Ich-Existenzen kann somit

¹ Siehe Kapitel III. Fall 6.

hier stets nur zu einer relativen Gesundheit führen und schützt die Person vor Rückfällen nicht.

II. Symptomwandlung und Existenzwandlung

Prüfen wir die Behauptung FERENCZIS über die «Symptomwandlung» vor Abschluß einer Analyse vom Aspekt der Schicksalsanalyse, so gelangen wir in bezug auf die hereditären Ich- und Triebstörungen zu folgenden Ergebnissen:

Jedes Trieb- oder Ich-Symptom darf nie isoliert betrachtet werden, sondern nur als Teilerscheinung einer in sich geschlossenen erblichen Ganzexistenz. Demnach ist z.B. die Annahme nicht haltbar, daß die Verdrängung der Homosexualität paranoide Ich-Veränderungen verursacht. Im Kapitel III haben wir zeigen können, daß die Homosexualität nur einen Teil der paranoiden Existenz darstellt. Darum kann sie bei Paranoiden einmal manifest, ein andermal latent bleiben; sie gehört zur Struktur dieser Existenz, ist aber nicht deren Ursache, sondern nur ein Bestandteil unter anderen. Die stets hereditäre paranoide Ich-Veränderung kann deshalb niemals durch Aufdeckung der Verdrängung der Homosexualität geheilt werden. Gelingt es aber in der Schicksalsanalyse, das paranoide Spaltungsstück mit seinem komplementären, bis dahin latenten Ich-Stück, mit dem besessenen Zwangsarbeiter-Ich, zu vertauschen, dann erleben wir in der Analyse eben jene «Symptomwandlung», welche die nahe Abschließbarkeit der Behandlung anzeigt. Oder die paroxysmale Entfremdung kann sich in der Behandlung in das Gegenspaltungsstück, in eine übermäßige Introjektion (Eß- oder Wissens-Sucht), umwandeln. Im dritten Teil werden wir auch andersartige «Symptomwandlungen» behandeln. Die Beispiele weisen auf die schicksalsanalytische Erkenntnis hin, daß die sogenannten Symptomwandlungen im Grunde des öfteren Existenzwandlungen darstellen, daß also eine Schicksalstherapie als Ziel letzten Endes diese Vertauschung der Spaltstücke nicht nur im Ich, sondern im ganzen Dasein der Person anstrebt. In diesem Sinne kann die These FERENCZIS über die Bedeutung der Symptombildung als Vorzeichen der Beendigung der Analyse auch bei den hereditären Störungen gültig sein.

III. Die Frage der Dauerheilung und der analytischen Prophylaxe

Wenn FREUD die Möglichkeit einer Dauerheilung desselben Komplexes bzw. Symptoms bei den traumatischen Neurosen für sehr fraglich erachtete, so gilt seine Stellungnahme noch in verstärktem Maße für die hereditären Ich- und Triebstörungen. Erbanlagen kann man ja nicht ausrotten. Wenn sie einmal da sind, so können sie sich manifestieren und danach spontan oder durch die Behandlung verschwinden. Dies heißt aber nicht, daß sie nie wiederkehren können. Trotzdem ist die Konfrontierung und das Durcharbeiten der wiederkehrenden Ahnenfiguren in der Scha aus mehreren Gründen für die Zukunft des Patienten äußerst wichtig. Erstens, weil in der schicksalsanalytischen Therapie diese ewig störenden Erbfiguren durch das Ich bewußt gemacht und angenommen werden müssen. Dadurch fällt der Daueraufwand der Ich-Kräfte in der Unterdrückung wie auch die Angstbildung weg. Die Person wird sich z.B. dessen endgültig bewußt, daß

sie in der Tat eine Neigung zu einem epileptiformen, kainitischen Tötungs- oder paranoiden Anfall in sich hat und lehnt sich künftig nicht mehr gegen diese Realität auf. Zweitens erlernt sie allmählich, welche inneren und äußeren Momente diese Einbrüche der Ahnenfiguren begünstigen und wie sie diese zu vermeiden vermöchte. Drittens erfährt sie in der Behandlung, daß man all diese krankhaften Ahnenansprüche unter Umständen auch in eine sozialisierte Form umwandeln kann.

Wir glauben, daß durch diese therapeutische Arbeit in der Tat eine analytische Prophylaxe angebahnt wird. Deshalb schrecken wir nicht davor zurück, daß wir auf der Couch künstlich – z.B. durch die Psychoschocktechnik – diese Ahnen mehrmals «ausleben» lassen. Als Richtlinie zur Beendigung einer Schicksalsanalyse bei hereditären Ich- und Triebstörungen kann somit die Annahme und Sozialisierung der krankhaften Ahnenansprüche dienen.

IV. Zur Frage der Abkürzung der Analyse

Der Erörterung dieser Frage schicken wir zwei historische Tatsachen voraus. Zum ersten: Es ist erstaunlich, daß dieses Problem der Psychoanalyse seit FERENCZIS (1920) und RANKS (1924) Versuchen bis heute – trotz Einsicht in die Notwendigkeit – nicht gelöst werden konnte. Zum zweiten erwähnen wir die merkwürdige Paradoxie, daß je älter die Psychoanalyse als Wissenschaft und je differenzierter ihre Theorie, um so länger die Dauer der Einzelanalysen wird. Man hätte ja auch das Gegenteil erwarten können.

Im Kapitel XVI haben wir über FERENCZIS «Aktive Therapie» referiert. 1924 versuchte nun auch O. RANK¹, die analytische Technik dadurch abzukürzen, daß er ausschließlich dasjenige Stück analysierte, welches durch das Trauma der Geburt als «Urfixierung» an die Mutter und als «Urverdrängung» fortbesteht. Er nahm an, daß die Analyse aller späteren Traumata dadurch erspart werden kann. Diese abgekürzte Analyse sollte nur einige Monate dauern. RANKS Versuch hielt aber einer kritischen Prüfung der Praxis nicht stand.

Einen anderen Versuch zur Abkürzung der Analyse hat noch vor dem ersten Weltkrieg FREUD selber gemacht, indem er in einem Fall von «Selbsthemmung der Kur» zu dem heroischen Mittel der «Terminsetzung» griff. Über die Wirkung dieser «erpresserischen Maßregel» schreibt FREUD: «Sie ist wirksam, vorausgesetzt, daß man die richtige Zeit für sie trifft. Aber sie kann keine Garantie für die vollständige Erledigung der Aufgabe geben².»

Als weiteren Versuch einer Abkürzung erwähnt FREUD noch den *Wechsel des Analytikers*. Er ist aber von der Wirkung dieses Wechsels nicht ganz überzeugt und glaubt, «daß der Löwe nur einmal springt». Nach unserer Erfahrung soll ein Wechsel unbedingt durchgeführt werden, wenn die Analyse nach 2–3 Jahren versandet.

Bei traumatischen Neurosen, in denen die Ich-Veränderung und die Triebstärke nicht hereditären Ursprungs sind, wird die Frage der Abkürzung meistens nicht einmal aufgeworfen. Ihre Analysen dauern gewöhnlich nicht länger als

¹ RANK, O.: Das Trauma der Geburt. Int. Psa.-Verlag, 1925.

² FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Werke Bd. XVI, S. 62.

1–2 Jahre und können dann recht gut abgeschlossen werden. Wenn dies hingegen innerhalb drei Jahren nicht gelingt, so ist die Neurose u.E. nicht nur traumatisch bedingt, sondern es ist der zu gewichtige Anteil der Heredität der Ich-Veränderung, welcher die Abschließbarkeit der Kur hemmt. In solchen Fällen besteht die Abkürzung eben darin, daß man den Fall sobald als möglich schicksalsanalytisch und nicht psychoanalytisch weiterbehandelt. Darum sollten die analytischen Psychotherapeuten sowohl die passive Technik der klassischen Psychoanalyse wie auch die aktive Technik der Schicksalsanalyse richtig handhaben können. Ist der Analytiker in beiden Richtungen gründlich ausgebildet, so kann er oft sogar nach einem halben Jahr – falls der Fall sich als ein hereditärer entpuppt – die Waffen der aktiven Technik der Schicksalsanalyse im Kampf gegen die Ich-Veränderung anwenden und somit die Kur abkürzen und noch rechtzeitig abschließen.

Wir erachten die schicksalsanalytische Fortbildung der künftigen Psychoanalytiker schon aus dem Grunde für wichtig, weil das Gros der Psychoneurosen, psychosomatischen Organneurosen und Praepsychosen, die heute in Analyse kommen, hereditären Ursprungs und nur in minimem Teil von rein traumatischer Genese ist. Warum heute die klassischen Angst hysterien, die Konversions hysterien, so selten wurden und warum die Häufigkeit der Organneurosen und der hereditären Ich-Veränderungen zunahm, ist für alle Fachleute ein Rätsel. Wir müssen uns aber an die Tatsache halten, daß heute die meisten analytischen Fälle auch Ich-Veränderungen hereditärer Natur aufweisen. Und eben deshalb müssen wir bei ihnen neben der passiven auch die adäquate aktive Technik anwenden. Bei einem Teil der hereditären Störungen kommt schon aus sozialen Gründen nur eine analytisch orientierte Psychagogik in Frage. Darum sollte die Ausbildung der künftigen Analytiker auch auf Kuranalysen im Sinne A. MAEDERS¹ und schicksalsanalytische Psychagogik (THERESE WAGNER-SIMON)² ausgedehnt werden.

Die Lösung der Frage nach Abkürzung der Kur sehen wir derzeit somit darin, daß man die Konsequenzen der zweiten Revision der Psychoanalyse (1937) nach FREUD radikal in der beschriebenen Weise durchführt. Der einzige Weg, auf dem die Unabschließbarkeit und Unendlichkeit der Analyse heute zu vermeiden wäre, ist die richtige Handhabung der zwei Techniken, der passiven wie der aktiven, am richtigen Ort und zur richtigen Zeit.

V. Die Abschlußträume

Die richtige Zeit für den Abschluß einer Analyse wird öfters, als wir es bisher beachteten, vom Unbewußten her genau aufgezeigt: Der Analysand bringt Träume, die die Beendigung der Kur mitteilen.

Fall 21. Abschlußtraum einer Hysterikerin. Eine 35jährige Patientin, die an ihren verstorbenen Eltern klebte und wegen schweren Schuldbewußtseins und Strafbefürfnisses weder den Weg zum Mann und zur Ehe noch zur Arbeit fand, brachte – nach gelungener Aufdeckung der Pathogenese – folgenden Traum. Traum 198:

¹ MAEDER, A.: Studien über Kurzpsychotherapie. Klett, Stuttgart, 1963.

² WAGNER-SIMON, Th.: Psychagogik bei Eheschwierigkeiten. Szondianna V. Huber, Bern und Stuttgart, 1963, S. 281 ff.

«Ich melde den Tod meiner Eltern in einem Büro und zugleich auch meine Verheiratung.»

Bei der Auslegung des Traumes teilte die Analysierte mit, daß sie die Eltern völlig einverleibt hat und auf dem Wege ist, ehedem zu werden und zu heiraten. Sie glaubt, ihre Analyse gehe zu Ende.

Fall 22. Abschlußtraum einer Neurotikerin mit Tochterbindung. Eine 50jährige, schwer narzißtisch-machtsüchtige Witwe, die wegen ihrer unerträglichen Bindung an die Tochter, die lesbischer Art war, in Analyse kam, träumt nach der Durcharbeitung und gelungenen Abtrennung von der Tochter folgendes. Traum 153:

«Ich nehme mein Gepäck – erstaunlich wenig für eine Reise, und dazu noch sehr kleine Gepäckstücke – und verreise, von niemandem begleitet.»

Die Analysierte legte den Traum in dem Sinne aus, daß sie in der Analyse die Größe der Machtsucht und des Narzißmus zu «kleinen Gepäckstücken» reduzierte und nun abreisen, d. h. die Analyse mit Bescheidenheit verlassen kann.

Im Fall 5 (Kapitel III) haben wir den Initialtraum eines jungen Psychologen, der wegen manifester Homosexualität in Analyse kam, mitgeteilt. Der Traum hat die ungelöste Inzestbindung an die Mutter aufgedeckt. Diese wurde in der Analyse mit Erfolg abgebaut. Er gab auch die Homosexualität auf und verlobte sich. Nach einem Jahr bringt er folgenden Traum. Traum 89:

I. Teil: «Ich komme mit dem Wagen an einen Abhang; die Straße hört auf, nur Leitspuren sind in den Abhang gezeichnet, geprägt. Ich gehe lieber mit meinen eigenen Füßen weiter, auf diesem Abhang ins Tal hinunter, wo der Weg weiterführt. Ich lasse den Wagen stehen. Ich gehe sehr vorsichtig diesen Abhang hinunter, es besteht doch die Gefahr, daß ich ausrutschen könnte. Unten im Tal gehe ich zu Fuß weiter. Ein Auto fährt vor, darin fahren ein paar Geschäftsfreunde von Vatti. Sie halten an und fragen mich, ob ich mit ihnen weiterfahren will. Jetzt, wo der Weg wieder sicher ist, ist es mir recht; ich komme so schneller in die Stadt.

II. Teil: Wir sprachen von der Asozialität. Und ich sagte zu den Herren, es sei doch eigentlich komisch, daß es so viele asoziale Menschen gäbe; die menschliche Gemeinschaft erleichtere einem im Grunde genommen doch viel mehr den Weg zur Soziabilität als zur gesellschaftsfeindlichen Einstellung.»

Der Analysierte teilte mir bei der Auslegung dieses Traumes mit, daß er den Weg zur Sozialisierung nun selber finden werde, er brauche meine Begleitung nicht mehr, könne jetzt allein seinen Weg finden. Daraufhin hatte er die Analyse sofort beendet.