

DRITTER TEIL

KLINIK

## DIE MULTIPLE EXISTENZSTRUKTUR DER PERSON ALS LEITENDES PRINZIP DER SCHICKSALSANALYTISCHEN THERAPIE

Vom Aspekt der Wirkungsrichtung einer analytischen Psychotherapie kann man die Heilwege in *direkte* und *indirekte* Verfahren einteilen.

### *I. Das direkte Heilverfahren in der Psychoanalyse*

Bei der Anwendung eines direkten Heilverfahrens zielt der Therapeut geradewegs auf jenen krankmachenden psychischen Konflikt hin, den er für die aktuelle seelische Erkrankung, im besonderen für die Entstehung des Symptoms, verantwortlich erachtet.

Die Psychoanalyse schlägt vorwiegend diesen direkten Heilweg ein<sup>1</sup>. Ihr Heilverfahren verfolgt bekanntlich die Absicht, «den Patienten dahin zu bringen, daß er die Verdrängungen – im weitesten Sinne verstanden – seiner Frühentwicklung wieder aufhebe, um sie durch Reaktionen zu ersetzen, wie sie einem Zustand von psychischer Gereiftheit entsprechen würden»<sup>2</sup>. Symptome sind nach psychoanalytischer Lehre bekanntlich die Folgen solcher Verdrängung und fungieren als Ersatz für jenes Vergessene. Nun hat S. FREUD seine Heilmethode mittels der freien Assoziationen so entworfen, daß man in der Tat durch sie direkt auf eben das traumatische Erlebnis hinzuzielen vermag, das verdrängt wurde. Das direkte Hinzielen auf die krankmachende seelische Situation verwendet die Psychoanalyse – wie dies aus dem zweiten Teil (Technik) hervorgeht – in den Traumdeutungen, in der Analyse der Einfälle mittels der «freien Assoziation», in den Anspielungen auf die verdrängten Erlebnisse und Abkömmlinge der unterdrückten Affektregungen, in den Andeutungen der Wiederholungen der dem Verdrängten zugehörigen Affekte bei den Handlungen der Patienten. Im besonderen entpuppt sich aber das direkte Hinzielen beim Durcharbeiten der Übertragungsphänomene als Wiederkehr infantiler Affektbeziehungen. All dies bestätigt genügend die Richtigkeit der Behauptung, daß die Psychoanalyse ein direktes Heilverfahren katexochen in der Psychotherapie darstellt.

Die guten Erfolge der Psychoanalyse bei einer fest umschriebenen Gruppe von Fällen, nämlich bei den traumatischen Neurosen, verlockte aber ihre Anhänger zur Generalisierung ihres Verfahrens. Sie glaubten, daß durch das direkte Hinzielen auf das Verdrängte auch der «spezifische Krankheitserreger» bei den sogenannten konstitutionellen Neurosen und Psychosen weggeschafft werden könnte.

Warum tun sie das? Es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß dieses Ausharren bei direktem Zielen auf den psychischen Krankheitserreger von einer Be-

<sup>1</sup> JOHN N. ROSEN hat seine Behandlungsart «direct analytic therapy» genannt. Von unserem Aspekt aus ist aber die Psychoanalyse als Therapie im allgemeinen ein direktes Verfahren.

<sup>2</sup> FREUD, S.: Konstruktionen in der Analyse. Ges. Werke Bd. XVI. Imago Publ. Co. Ltd., London, S. 44.



einflussung durch die Strebungen in der neuzeitlichen Chemotherapie herstammt. Danach sollen ja auch die Chemotherapeutica elektiv, möglichst direkt auf den Krankheitserreger hinzielen, nicht aber auf die Körperzelle. Schon EHRlich sprach ja in der Chemotherapie von einem «chemischen Zielen»<sup>1</sup>. Von diesem Ideal ist aber sowohl die Chemotherapie wie auch die Psychoanalyse heute noch weit entfernt.

## II. Das indirekte Heilverfahren in der schicksalsanalytischen Therapie

Fassen wir zunächst die Leitgedanken zusammen, die zu den indirekten Heilwegen führten.

Die konstitutionelle, überdurchschnittliche Triebstärke und die hereditären Ich-Veränderungen sind u. E. als partielle Erscheinungen einer bestimmten *Existenzform* aufzufassen, die in der Familiengeschichte der Person schon mehrfach erschienen ist. Diese krankhafte Existenz wird vom Patienten unbewußt oder halbunbewußt in einer bestimmten Situation seines Lebens wiederholt. Die Schicksalsanalyse sieht in der Erscheinung einer hereditär krankhaften Existenzform stets den Wiederholungszwang aus dem familiären Ubw.

Nach unserer Erfahrung kann aber dieser Wiederholungszwang nur dann in der familiär-spezifischen Existenzform einer seelischen Erkrankung erscheinen: a) Wenn der Patient das entsprechende Mitglied seiner Familie in einem krankhaften Zustand persönlich bereits erlebt und sich mit ihm identifiziert hat. b) Wenn er zwar diese krankhafte Ahnenfigur persönlich nicht gekannt hat, aber selber – zumeist am Ende der Pubertät, quasi schubartig – eben diese krankhafte familiäre Existenzform (z. B. Inflation, Projektion, Depression, Hypomanie, Inversion, Perversion, Epilepsie usf.) erlebt und sich mit dieser persönlich erlebten Existenzform identifiziert hat, da sie mit einem Krankheitsgewinn (S. FREUD) einherging, der ihn aus einer peinlichen Lebenslage rettete. c) Wenn der Patient vom Hörensagen bereits Bescheid wußte, daß in seiner Familie kranke Ahnenfiguren vorkamen, selber in sich die Anlage zu dieser familiär-spezifischen Existenzform verspürte, eine Weile sogar davor Angst hegte, und dann – niemand weiß wieso und warum – in einer gegebenen Situation seines Lebens in der Tat diese krankhafte Existenz plötzlich wiederholen mußte.

Unsere Erfahrungen zwingen uns zu der Auffassung, daß ein scheinbar unbewußter Wiederholungszwang einer krankhaften familiär-spezifischen Existenzform stets an zwei persönliche Bedingungen gebunden ist. *Erstens an die Identifizierung, zweitens an den meistens bewußten Krankheitsgewinn.*

*Das Neue in dieser Auffassung besteht somit darin, daß die Erbanlage zu einer seelischen Erkrankung sich nur dann manifestieren kann, wenn das Ich sich vorher mit dieser Existenzfigur wegen eines Krankheitsgewinns bereits identifiziert hat.* Diese Neuorientierung in bezug auf die Entstehung seelischer Erkrankungen baut eine Brücke zwischen den Erlebnissen der Person und dem Erbe und somit auch zwischen der Pathogenese und der Ätiologie einerseits, der Psychoanalyse und der Genetik andererseits. Diese Auffassung ermöglicht es, daß wir in dem analytischen Durch-

---

<sup>1</sup> Umstimmung als Behandlungsweg. Vortragsreihe, gehalten zu Wiesbaden, 1930. Hg. von Prof. Dr. DETTERMANN. G. Thieme, Leipzig, S. 1.

arbeiten der Ahnenträume und Ahneneinfälle diese persönlichen Identifizierungen mit den Kranken auf Grund des Krankheitsgewinns in extenso zu erleben und sie aufzuheben vermögen.

Die erbbedingte, krankhafte Existenzform kann man nie aus dem Erbgut der Person ausmerzen. Es ist ein unmögliches Unterfangen, auf eine schizophrene, epileptiforme, manisch-depressive, sexualabnorme oder andersartige Erbfigur direkt hinzielen zu wollen, um diese ererbte Existenz zu heilen. Genotypen lassen sich nicht aus der Erbgarnitur ausradieren. Auch dann nicht, wenn man sie in der Therapie bewußt zu machen vermag. Wir müssen also die kranken Existenzformen «umgehen». Darum suchten wir bei den konstitutionellen Neurosen, Präpsycho- sen und Psycho- sen nach indirekten Heilwegen. Derzeit wenden wir drei Arten von indirekten Heilverfahren in der Schicksalstherapie an.

1. Umdrehung der Pole einer erbgemäß überstarken Trieb- oder Ich-Achse aus der sozialnegativen in die sozialpositive Existenzform.

2. Umdrehung der komplementären Ich-Schicksale.

3. Vertauschen der krankhaften Existenzform mit einer sozialisierbaren Neben- existenz.

### *1. Das indirekte Heilverfahren durch Umdrehung der Pole einer erbgemäß überstarken Trieb- oder Ich-Achse aus der sozialnegativen in die sozialpositive Existenzform*

Die schicksalsanalytische Familienforschung ist seit 1937 dadurch charakteri- siert<sup>1</sup>, daß sie nicht nur in den vorgefundenen somatischen und seelischen Er- krankungsformen, *sondern auch in den wiederkehrenden, spezifischen Berufswahlen der Familie eine erbbedingte Existenzmöglichkeit für den Analysanden erachtet*. Deshalb stel- len wir nicht nur Krankheits-, sondern auch *Berufstammbäume* auf und messen beiden die gleiche richtunggebende Wichtigkeit für die Zukunft des Analysanden bei. Stammbäume mit gehäuften Berufswahlen von Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie in der gleichen Familie weisen genau so auf die schizoforme Kon- duktor- natur des Analysanden hin, wie die Häufung von Schizophrenen in der Familie. (Vgl. hiezu Schicksalsanalyse, Stammbäume Nr. 26a, 26b, 26c, 63, 64, 65, 67, 68, 69<sup>2</sup>.) Stammbäume mit vielen Pfarrern, Mönchen, Nonnen sind für uns ebenso wichtige Indizien für eine paroxysmal-epileptiforme Erbnatur des Analy- sanden als die in dieser Familie aufgefundenen manifesten Anfallskrankheiten (Epilepsie, Migräne, Asthma, Stottern, Allergie, Vasoneurose, Pyromanie, Dipso- manie, Poriomanie, Kleptomanie, Thanatomanie usf. Vgl. ebenda die Stamm- bäume Nr. 46–51<sup>3</sup>.)

*Unsere Stammbaumsforschungen führten zu der Annahme, daß durch bestimmte Erb- anlagen, Genotypen, niemals nur eine besondere psychiatrisch erfassbare krankhafte Existenz- form, sondern stets auch eine der kranken Atmosphäre völlig entsprechende sozialpositive Berufsmöglichkeit bedingt wird. Beim Menschen, der ein Ich und eine Verbindung zum Geist aufbaut, bestimmen die psychischen Erbanlagen nur die Verstärkung einer Funktion, die von den Nachkommen sowohl in krankhafter wie auch in gesunder Form ausgelebt werden kann.*

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Analysis of Marriages. Acta Psychologica. III, 1. The Hague, Martinus Nijhoff, 1937.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Bascl, I. Aufl., 1944; II. Aufl., 1948, S. 168, 186, 187, 198, 319–327.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 290–301.

Diese Erbbedingtheit bestimmter seelischer Funktionen weist also beim Menschen – im Gegensatz zu Tieren und Pflanzen – eine *Bipolarität im Phänotypus* auf. Das heißt: Die Person kann die ererbte seelische Funktion sowohl in sozialnegativer, also in krankhafter, wie auch in geistig und intellektuell hochstehender, also in sozialpositiver Form ausleben. *Die Wahl der Manifestationsrichtung hängt u. E. vorwiegend von der Stellungnahme des Ichs ab, und zwar von seiner Identifizierungsrichtung auf Grund eines Krankheits- bzw. Gesundheitsgewinns.*

*So lautet die schicksalspsychologische These über die «Bipolarität des Vererbungsprozesses seelischer Funktionen».* Durch diese Auffassung hat die Schicksalsanalyse für die Vorgänge der Sublimierung im Sinne von S. FREUD eine biologische Grundlage gefunden. Bei der Sublimierung kann die Person nur deshalb für ihre konstitutionell stärkeren Triebe und Ich-Funktionen ein ethisch höheres Ziel und ein anderes Objekt finden, weil die betreffende Trieb- und Ich-Funktion schon de genere, also erbgemäß, für die Manifestierung bipolar angelegt wurde. So kann z. B. eine Person ihre hereditär überstarke projektive Detektionsfunktion des Ichs sowohl als Detektiv, Psychologe, Psychiater, Psychoanalytiker wie auch als paranoider Schizophrener ausleben, d. h. betätigen. Dasselbe bezieht sich auf die Bipolarität von Pyromanie und Feuerwehrtätigkeit, von Epilepsie und religiösen Berufen und so fort<sup>1</sup>.

*Im Akt der Sublimierung sieht die Schicksalsanalyse somit eine persönliche Wahl zwischen zwei polar entgegengesetzten Tätigkeitsrichtungen, die aber erbgemäß gegeben sind.* Die Wahl selbst fußt auf dem Vorgang der Identifizierung und diese letztere auf dem aktuellen Krankheits- bzw. Gesundheitsgewinn.

\*

*Fall 23: Vergiftungsideen bei einer Apothekerin.* Zur Demonstration dieser Vorgänge stehe hier die Krankengeschichte einer dreißigjährigen Apothekerin, die wegen einer katatoniformen Depression, die sich bei ihr nach einer inflativen hypomanisch-haltlosen Phase entwickelt hatte, mit der Diagnose «Schizophrenie» interniert wurde. In der Kurzanalyse, die nach der Entlassung aus der Klinik stattfand, gestaltete sich der Prozeß ihrer Erkrankung folgenderart:

Sie war auf Wunsch der Eltern mit einem Ausländer verlobt. Sie selbst war gegen diese Ehe, konnte sich aber gegen die Macht der Eltern nicht durchsetzen. Und nun geschah dieses: Als die Patientin eines Tages mit dem Bräutigam in der Straßenbahn fuhr, kam ihr plötzlich die Idee, er sei ein Spion und wolle sie vergiften und töten. Zu Hause angekommen, verkroch sie sich in ihr Bett, lehnte Essen und Sprechen ab und gaffte stumm und stur den ganzen Tag vor sich hin, bis sie dann interniert wurde. *So erreichte sie ihr Ziel: die Entlobung. Dies war also ihr Gewinn aus der Erkrankung.* Auf die Frage, warum sie eben diese katatoniforme Existenzform «wählte», bekamen wir folgende Antwort. Als junges Mädchen sah sie den Bruder ihrer Mutter, wie er sich genau so im Bett verkrochen, das Essen und Sprechen abgelehnt hatte wie sie und nachher als Schizophrener interniert wurde. Sie bemerkte dazu, daß dieses Bild in ihr in der Not plötzlich auftauchte und sie den Onkel einfach «nachahmte», um sich durch die Internierung aus der Klemme der Verlobung zu retten. *Die Identifizierung mit diesem Onkel hat also in der Tat stattgefunden.*

<sup>1</sup> Ebenda: S. 275–365.

Was spricht aber gegen die Annahme einer Simulierung oder traumatischen Hysterie? Eben die kranken Existenzformen in ihrer Familie. Ihr Vater und die Probandin selbst waren an der Grenze einer psychotischen Hypochondrie. So litt die Probandin nach einem Kuß eine lange Zeit an Syphilophobie. Die mütterliche Familie wies mehrere manisch-depressiv gefärbte *schizophrene* Existenzen auf. Viele Jahre nach ihrer Internierung wurde ihre jüngste Schwester nach einer Liebesenttäuschung wegen der gleichen katatoniformen Depression interniert wie die Probandin. Auch der Bruder des Vaters war mit der gleichen Diagnose eine Weile interniert. Die konstitutionelle Anlage zu gerade dieser Reaktion nach seelischen Erschütterungen ist durch die Häufung dieser Existenzform in der Familie schwer zu leugnen. *Die Aktualisierung des Krankheitsprozesses fußte – wie wir sehen – auf dem Identifizierungsprozeß und dem Gewinn durch das Krankwerden.* Ohne Identifizierung mit dem ererbten Vorbild und ohne Krankheitsgewinn würde sich bei ihr die hereditäre psychotische Konstitution kaum manifestiert haben.

In der Kurzanalyse dieser Patientin war der indirekte Weg der Polumdrehung ihrer Konduktornatur bereits vorgebahnt. Als Kranke produzierte sie zu Beginn der Psychose Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Ihren spontan gewählten Beruf einer Apothekerin faßten wir als einen Polwechsel der Vergiftungsideen auf. Diese Möglichkeit wurde mit der Patientin intensiv durchgearbeitet. Zur Bestärkung der Apothekerexistenz – als der adäquaten Sozialisierungsform ihrer konstitutionellen projektiven Ich-Veränderung – diente uns auch das Schicksal des väterlichen Onkels. Er war Professor der Pharmakologie und wurde später – zur Zeit der politischen Verfolgungen – in derselben Klinik wie die Patientin wegen einer paranoiden Depression interniert. Wir konnten bei der Patientin auf die Zusammenhänge des pharmazeutischen Berufes mit der projektiven Ich-Veränderung hinweisen. Wir rieten ihr nun, wieder in einer Apotheke zu arbeiten. In den vergangenen Jahren hat sie unterdessen in der pharmazeutischen Landeszentrale ein führendes Amt erlangt, das sie ohne Rückfälle bis heute gut betreut. Die Richtigkeit des Polwechsels in der projektiven Ich-Achse wurde nachträglich dadurch bestätigt, daß ihre jüngere Schwester, eine Medizinerin, nach einem paranoid-depressiven Schub ebenfalls im pharmakologischen Institut der Universität arbeitete.

Der dargestellte Fall ist ein Paradigma:

1. für die besondere Rolle der persönlichen Identifizierung mit einem seelisch erkrankten Verwandten in der Entstehung einer familien-spezifischen Psychose, wobei die Identifizierung der Erkrankung der Person um viele Jahre vorausgehen kann;
2. für die ausschlaggebende Rolle des Krankheitsgewinns in der Entstehung der Krankheit (S. FREUD);
3. im besonderen für die Möglichkeit einer Polumdrehung der projektiven Ich-Achse vom paranoid-schizophrenen, sozialnegativen Pol zum sozialpositiven Berufspol;
4. für die dauernde Haltbarkeit dieser Art des indirekten Heilverfahrens. Unsere Katamnese geht bei dieser Patientin auf 22 Jahre zurück.

\*

Die Anwendung des indirekten Heilverfahrens mittels der Polumdrehung einer Trieb- oder Ich-Achse hat sich in der Schicksalstherapie in den vergangenen

zwei Jahrzehnten außerordentlich gut bewährt. Das Verfahren wurde aus den Ergebnissen von hunderten Stammbäumen quasi «nachgeahmt» in die Praxis übertragen. Je näher die Umweltatmosphäre des Berufspols zu der des kranken Pols gewählt wurde, um so größer und andauernder war der Heilerfolg. In dieser Spezifität der Wahl der Arbeitsatmosphäre sehen wir den ausschlaggebenden Unterschied zwischen einer banalen Arbeitstherapie in den psychiatrischen Anstalten und «operotropistisch» gewählten Berufstätigkeiten seelisch-kranker Menschen durch die indirekte Heilmethode der Polumdrehung einer Trieb- und Ich-Achse in der Schicksalstherapie. Ein grundsätzlicher Umbau der Arbeitstherapie in den Heil- und Pflegeanstalten im Sinne der erörterten Polumdrehung des Trieb- und Ich-Lebens seelisch Kranker ist u. E. schon längst fällig.

Hier müssen wir aber noch auf die Einengung der Anwendung dieser Umdrehungstherapie mittels Berufswahl durch das Alter, den Intelligenzgrad und die soziale Lage hinweisen. Je jünger, intelligenter und wohlhabender der Patient ist, um so größer wird die Chance für dieses Heilverfahren sein. Man kann ja nicht aus jedem Vergiftungswahnbildner einen Apotheker, aus jedem Verfolgungswahnsinnigen einen Psychologen oder Psychiater, aus jedem Epileptiker einen Pfarrer, aus jedem Pyromanen einen Feuerwehrmann machen usf. Auch dann nicht, wenn diese Patienten die Anlage zum Gegenpol ihrer Krankheitsform in sich tragen. So mußten wir nach anderen indirekten Umdrehungsmöglichkeiten suchen.

## 2. Das indirekte Heilverfahren durch Umkehrung der Ich-Schicksale

Der beste Lehrer für den Therapeuten war stets und bleibt immerfort der Kranke selber. So wurde auch das im folgenden zu erörternde Verfahren den klinischen Beobachtungen an seelisch erkrankten Menschen mit zwei entgegengesetzten Ich-Existenzen für die Therapie einfach nachgebildet.

Unter *komplementären Ich-Schicksalen* wird bekanntlich in der Ich-Analyse jenes Paar von zwei entgegengesetzten Ich-Existenzen verstanden, welches durch eine spezifische Spaltungsart der vier Elementarfunktionen des totalen Ichs zustande kommt. Das ganzheitliche Ich funktioniert nach der Ich-Lehre der Schicksalsanalyse in einer Umlaufbahn von vier Elementarfunktionen, welche normaliter sowohl in der Ich-Entwicklung wie auch in der Bearbeitung der Ich-Inhalte folgende Marschroute einhalten: Partizipation bzw. Projektion, Inflation, Introjektion und Negation.

Das Ich bleibt so lange gesund, als es fähig ist, von allen vier Funktionen – dem aktuellen Bedarf entsprechend – Gebrauch zu machen und elastisch von einer Funktion in die andere ohne jegliche Schwierigkeit überzugehen.

*Eine krankhafte Spaltung des ganzheitlichen Ichs entsteht, wenn es unfähig wird, alle vier Funktionen zu handhaben und für eine längere Weile in der Phase einer einzigen Funktion stehen bleibt.* Das heißt also: Wenn das Ich in der Phase der Projektion oder der Inflation oder der Introjektion oder der Negation erstarrt und, unabhängig von der aktuellen Notwendigkeit, immerfort ausschließlich mit dieser einzigen Funktion reagiert, dann spricht man in der Psychiatrie von *Ich-Spaltung*. Dieser Zustand stellt die gefährlichste, ererbte Ich-Veränderung dar, da ja hier die drei anderen unentbehrlichen Funktionen außer Aktion und in den Hintergrund gesetzt wer-

den. Diese Spaltungsart finden wir: 1. bei dem projektiven, 2. inflativen Paranoid, 3. bei den introjektiven Psychosen und Präpsychosen (so bei der magischen Schizophrenie, den perversierten Borderline-Psychosen, zu Beginn einer Melancholie), und 4. bei den katatoniformen Destruktionen (Katatonie, katatoniforme Depression, Verzweiflungs- und Destruktionswahn, Sucht und Selbstmord). Jene Spaltungsarten, bei denen das Ich zwei oder drei Funktionen auszuüben vermag und nur eine oder zwei der vier Elementarfunktionen episodisch ausschaltet, können ebenfalls ernste Ich-Veränderungen verursachen, sind aber nicht die schwierigsten Formen. Bei allen diesen Spaltungsarten kann man klinisch eine plötzliche Umdrehung der zwei komplementären Ich-Existenzen beobachten, wodurch die klinischen Kontrastbilder entstehen. Man bekommt den Eindruck, als ob der Patient nicht ein Ich, sondern zwei kontrastierende Iche besitzen würde. Obwohl diese sich zu einem ganzheitlichen Ich wieder integrieren könnten, bleiben sie trotzdem des öfteren fast lebenslänglich durch die Spaltung voneinander getrennt, nur wechseln sich die zwei Ich-Existenzformen gelegentlich ab. *Die Spaltung ist nie traumatisch, sondern immer hereditär.* Die Umdrehung des depressiven Ichs in das inflativ-manische ist längst bekannt. Sie wurde nur nie ich-analytisch ausgewertet.

Auf Grund von langjährigen, ich-analytischen Untersuchungen ist es gelungen, *acht* besondere Paare von komplementären Ich-Schicksalen zu agnoszieren.

1. Die projektiv-paranoide und die mit Zwang inflativ arbeitende Ich-Existenz.
2. Die inflativ-paranoide und die zwanghaft ausreißende oder epileptiforme paroxysmale Ich-Existenz.
3. Die introjektiv-einverleibende und die entfremdende Ich-Existenz.
4. Die katatoniform-destruktive bzw. verdrängende und die die Verlassenheit annehmende Ich-Existenz.
5. Die schizoform-autistische und die gehemmte Ich-Existenz.
6. Die verlassene, projektiv-inflative weibliche und die sich männlich bezwingende Ich-Existenz.
7. Die alles-haben und alles-sein-wollende, narzißtische und die sich an die Realität anpassende Ich-Existenz.
8. Die desintegrierte und die integrierte Ich-Existenz.

Das Neue in dieser Art von Ich-Analysen der Spaltungen ist die Aufdeckung der Zusammengehörigkeit der obigen acht Existenzpaarlinge. Die sukzessive, selten auch simultane Umdrehung der entgegengesetzten beiden Ich-Existenzen haben wir klinisch in der «Ich-Analyse» ausführlich erörtert<sup>1</sup>. Hier besteht unsere Aufgabe darin, daß wir auf das Grundsätzliche in der Umdrehungstherapie bei dieser Art von Spaltungs-kranken hinweisen. In diesem dritten Teil werden die Pathogenese, Klinik und Psychotherapie der acht Spaltungsformen ausführlich erörtert. Als Paradigma wählen wir die Spaltung des Ichs auf das Gegensatzpaar der introjektiv-einverleibenden und der entfremdenden Ich-Existenz.

Die Kranken dieser Spaltungsart suchen den Arzt meistens in der Periode der Derealisation und Depersonalisation auf. Sie fühlen sich von der Welt wie abgeschnitten, entfremdet. Auch ihre eigene Person, ihre eigene Stimme, ihr Körper wie auch das Ich-Gefühl, erscheint ihnen fremd, weit weggerückt. Eine blei-

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 280–326.

schwere Erschöpfung verbreitet sich im Körper, deshalb verkriechen sie sich vor der Welt im Bett, zeigen keine Lust zum Essen, Sprechen, zu nichts und isolieren sich hermetisch von der Außenwelt. Sie spüren eine Glaswand zwischen der Welt und ihrem Ich. Diese Entfremdungsphase kann eine Stunde, einen Tag oder auch Wochen, ja Monate lang mit kurzen Unterbrechungen andauern. Dann verschwindet diese unbehagliche, mit depressiver, oft suizidaler Stimmung einhergehende *Entfremdungsperiode*, und plötzlich kommt die Umdrehung im Ich. Es beginnt die entgegengesetzte, alles einverleibende, *introjektive Phase*. Obwohl diese Periode oft noch krankhafter ist als die vorangehende, ist sie für den Kranken dennoch relativ behaglicher. Es ist erstaunlich, was alles die Patienten sich von den Wertobjekten der Welt in dieser Periode einzuverleiben vermögen. Weibliche Personen bekommen häufig Freßanfälle (Polyphagie, Phagomanie). Eine meiner Patientinnen ist stundenlang von einer Konditorei in die andere gegangen und stopfte sich mit Patisserie voll. Dann schluckte sie zu Hause einen Schlauch und entleerte sich. In der Nacht stand sie auf und verschluckte eine Torte für zwölf Personen (siehe Fall 39). Männer – aber auch Frauen – frönen einer Kaufsucht, einer Oniomanie. Ein Patient mußte z. B. zwangsartig statt einer Krawatte sofort ein Dutzend kaufen, statt einem Anzug sofort drei bestellen. Ein Gutsbesitzer kaufte in der Einverleibungsperiode ein Landgut oder ein Geschäft nach dem anderen und erlangte dabei sogar große finanzielle Erfolge<sup>1</sup>. Ein Briefmarkenhändler dieser Spaltungsart kaufte einmal einen Waggon von alten Briefmarken auf und verkaufte sie ins Ausland. In der anderen Periode waren dieselben Männer arbeitsunfähig und der Welt völlig entfremdet. Die Psychiater belegten diese Kranken zumeist mit zwei Diagnosen: katatoniforme Depression und Schizomanie oder Schizophrenie und manisch-depressive Psychose. Oft auch hielt man sie für manisch-depressiv. Das Gemeinsame in diesen Fällen fanden wir im folgenden: 1. Erbbiologisch sind sie Konduktoren von Schizophrenie, manisch-depressiven Psychosen, von Anlagen zu Selbstmord und Entfremdung. 2. Ihre Ich-Veränderung ist demnach stets hereditär. Dabei aber erlebten sie oft schwerwiegende traumatische Schädigungen in der Frühkindheit, im besonderen in der Mutterbindung. 3. Nie sind sie «echte» Schizophrene, weder in bezug auf die Ich-Prozesse noch auf die Affektveränderungen. 4. Und doch sind sie im Ich gespalten. Im besonderen neigen sie entweder ausschließlich dazu, in krankhafter Intensität und Qualität zu introjizieren (Kauf- und Eßsucht) oder aber sie schalten die Introjektion, d. h. die Brücke zur Wahrnehmungswelt, völlig aus und entfremden sich. In dieser Entfremdungsperiode bekämpfen sie sowohl ihre Inflationen wie auch die Projektionen mit einem sturen Negieren der Welt (Katatoniformer Negativismus, Abmagerung durch Nichtessen, Mutismus, Verkriechen im Bett, ohne aber echte Katatoniker zu sein). 5. Ich-analytisch muß betont werden, daß die Entfremdung durch das Außer-Aktion-Setzen der Introjektion zustande kommt, die Periode des krankhaften Einverleibungsdranges durch die Ausschaltung der drei anderen Ich-Funktionen. Diese Patienten sind unfähig, alle vier Elementarfunktionen nacheinander dem aktuellen Bedarf entsprechend zu gebrauchen. Dieser Tatbestand macht jeglichen Versuch einer Integrationstherapie zunichte. Wir müssen in diesen Fällen äußerst bescheiden sein und uns damit begnügen, daß wir auf indirektem Wege einerseits

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: Triebpathologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 330 ff., Fall 29.

die Dauer der Introjektionsphase zu prolongieren, andererseits die Einverleibungsobjekte zu sozialisieren versuchen. Die Umdrehungstherapie soll demnach den Krankheitsprozeß quasi nachahmen und den Einverleibungsdrang sozialisieren bzw. berufsfähig machen. Bei Kaufleuten werden wir Berufe empfehlen, die das Einkaufen en gros ermöglichen. Bei Intellektuellen kommen Berufe in Frage, bei welchen man große Mengen von Wissensmaterial immerfort einverleiben, d. h. erlernen muß. Die Erfahrung lehrt, daß die Entfremdungsexistenz sich während eines Studiums, das die Einverleibung eines immensen Wissens benötigt (medizinische, technische Hochschule, Sprachschule usw.), von der Vorderbühne zurückzieht und die Person sich beim Lernen völlig der einverleibenden Existenz hingibt. Darum beginnen ja die Entfremdungsneurosen oft gerade nach Abschluß eines Studiums. Auch der Lehrerberuf, welcher in einem strengen vorgeschriebenen Rahmen das ununterbrochene Dazulernen und Wiederholen des Lehrmaterials benötigt, wirkt auf die Entfremdungsneurosen häufig heilbringend.

Als leitendes Prinzip in der Umdrehungstherapie bei dieser wie auch bei den anderen Spaltungsarten soll die Erfahrung dienen, daß *stets die relativ weniger krankhafte Existenz berufsmäßig gelebt werden soll*. In dem erörterten Beispiel der Introjektionsexistenz konnten wir ja mit der Entfremdungsexistenz beruflich nichts anfangen, hingegen so manches mit dem gesteigerten Introjektionsdrang.

In diesem Sinne soll die therapeutische Umdrehung bei dem projektiven Paranoid in der Form des Arbeitszwanges, bei dem inflativen Paranoid hingegen in der des Ausreißen geschehen. Inflative Menschen fühlen ja stets den Drang nach Ortswechsel und Reisen. Daher empfehlen wir ihnen Reiseberufe. Die autistische Existenzform kann man nur durch solche Berufstätigkeiten eventuell sozialisieren, die jegliche autistisch-undisziplinierte Handlung durch die strengste Disziplin unmöglich machen oder mindestens stark hemmen. Als solche bewähren sich im besonderen Polizei und Militär. Frauen mit einer projektiv-inflativen, weiblich-verlassenen Existenz taugen oft zur schweren männlichen Arbeit mit Maschinen, die sie stets bezwingen müssen (Traktor-, Kran-Führer usw.). Die therapeutische Umdrehung der Ich-Schicksale hat wenig Chance bei den katatoniformen Destruktiven und Selbstsabotierenden, die man nur äußerst selten und vorübergehend zur Annahme ihrer Verlassenheit umzuerziehen vermag. Ebenso gelingt es selten, eine schwer-narzißtische Person, die alles sein und alles haben möchte, in einen sich anpassenden Drillmenschen zu verwandeln, der auf die in die Welt hinausverlegten Ansprüche andauernd verzichten kann. Die zumeist epileptiform, paroxysmal eintretende Umdrehung des katastrophenhahnenden, integrierten Menschen in die vorübergehende Desintegration ist psychotherapeutisch nur selten aufzuhalten. Hier müssen wir die Hilfe der Psychopharmakologie in Anspruch nehmen.

Die hier kurzgefaßten Erörterungen werden später in den Darstellungen von analysierten Fällen die notwendigen Ergänzungen erhalten. Auf einen Einwand wollen wir indessen schon jetzt die Antwort erteilen. Man warf uns vor, daß diese Art von aktiver Sozialisierung krankhafter Existenzen den Rahmen einer obligatpassiven analytischen Tätigkeit weit überschreitet. Diesen Einwand nehmen wir an. Wir hegen die Meinung, daß überall dort, wo die passive Analyse nach einigen Jahren nicht zur Heilung führt, wir uns zu einer aktiven Psychagogik – ohne Couch – entschließen und die Rolle eines führenden Beraters übernehmen müssen. *Dies ist im besonderen der Fall bei den schweren Spaltungsveränderungen im Ich*. Diese Pa-



tienten neigen oft dazu, mit dem Arzt in einer ewigen, ununterbrochenen Dualunion zu leben. Wir raten aber lieber eine endliche analytische Psychagogik als eine unendliche, klassisch geführte Psychoanalyse (Fall 23). Bei leichteren Ich-Veränderungen sollen wir dennoch bei der üblichen analytischen Technik ausharren. Denn die Sozialisierung der kranken Ich-Existenzen kann sich auch spontan einstellen, nachdem der Patient durch das Durcharbeiten der Ahnen- und Ich-Träume genügende Einsicht in die Entstehungsgeschichte seiner Ich-Veränderungen und deren gesunde Anwendungsmöglichkeiten erhalten hat (siehe Fall 6). Die treue Verfolgung des analytischen Verfahrens wird hier im besonderen durch die Aufdeckung der persönlichen Identifizierung mit einer kranken Ahnenfigur auf Grund des aktuellen Krankheitsgewinns erleichtert. Die krankhafte Ich-Existenz verliert somit ihre fatale Note, und der Analysand zeigt sich zur Umdrehung und Sozialisierung bereit. Einen Fehler, auf den schon S. FREUD (1937) hingewiesen hat, dürfen wir aber bei diesen Analysen nicht machen: die ererbten Ich-Veränderungen ausschließlich auf traumatische Triebveränderungen zurückzuführen versuchen. Denn diese Ich-Veränderungen haben ihre eigene Ätiologie: die Vererbung.

### 3. Das indirekte Heilverfahren durch Vertauschung der Krankheitsformen

Bisher wurden zwei Arten der indirekten Heilverfahren erörtert. Bei der ersten dreht der Therapeut die Pole der *gleichen*, erblich überstarken Trieb- oder Ich-Achse aus der sozialnegativen in die sozialpositive Existenzform um. Paradigma: Pyromanie – Feuerwehrmann. Als Grundlage dieser Umdrehungsmöglichkeit erachten wir die von der Natur gegebene Bipolarität der Erscheinungsformen des gleichen hereditären seelischen Vorgangs. Zu diesem Verfahren finden wir eine Analogie in der Konstitutionspathologie, und zwar unter den Erscheinungen, die 1934 von O. NAEGELI unter dem Titel «Verdrängung einer Krankheit durch eine andere» zusammengefaßt wurden<sup>1</sup>. So zeigen z. B. Neurodermitis (Ekzem) und Asthma gelegentlich antagonistisches Verhalten: durch einen Asthmaanfall kann die Neurodermitis verschwinden und umgekehrt. Beide entstehen aber vielfach auf gleicher Basis der konstitutionellen Allergie. Wir selbst beobachteten, daß das Stottern oder die Migräne nach einem epileptischen Anfall verschwand und umgekehrt. Stottern, Migräne und Epilepsie fußen aber ebenfalls vielfach auf der gleichen Konstitutionsbasis<sup>2</sup>.

Als die zweite Form der indirekten Heilwege wurde die Umkehrung der komplementären Ich-Existenzen im Rahmen des gleichen Ichs beschrieben. Die ätiologische Basis dieser Umdrehungsmöglichkeit bestand in den besonderen hereditären Spaltungsarten der vier Ich-Funktionen. Als Paradigma führten wir die indirekte Vermeidung der Entfremdungszustände durch forcierte Einverleibung sozialpositiver Inhalte an. Hier diente die klinische Beobachtung der Ich-Spaltungen in der Psychopathologie als Modell.

Der dritte, hier zu erörternde Weg, nämlich das Vertauschen einer krankhaften Existenzform mit einer völlig andersartigen, krankhaften aber harmloseren

<sup>1</sup> NAEGELI, O.: Allgemeine Konstitutionslehre. Springer, Berlin, 1934, II. Aufl., S. 121 ff.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bericht über den I. Intern. Kongreß f. Heilpädagogik. Leemann, Zürich, 1940, S. 35 ff. Ferner: Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel, III. Aufl. 1963, dritter Teil: Erbanalyse.

Existenzmöglichkeit, hat in der allgemeinen Pathologie ebenfalls seine Modelle. O. NAEGELI erwähnt in seinem zitierten Buch die Zusammenstellung der Literaturfälle von HENSCHEN<sup>1</sup>, in denen Infektionen, speziell Erysipel (Wundrose) einen starken Rückgang von Geschwulstbildungen, vor allem Sarkomen, herbeiführen können. Auf diesem Prinzip basiert auch die Malariabehandlung der Paralysis progressiva nach WAGNER VON JAUREGG. B. ASCHNER beschrieb eine dauernde Heilung von Diabetes insipidus durch eine Dysenterie<sup>2</sup>.

Durch diese und ähnliche Beispiele aus der allgemeinen Pathologie wurden wir vor die Frage gestellt, ob es auch in der Psychopathologie möglich wäre, eine schwer abwegige seelische Existenzform – wie z. B. die Schizophrenie, die Melancholie, die Manie oder die Epilepsie – durch die Analyse so umzudrehen, daß man durch künstliche Hervorrufung und Stärkung einer weniger gefahrbringenden, andersartigen Krankheitsform die ursprünglich gefährlichere zum Verschwinden bringen könnte. Das Verschwinden bezieht sich hier natürlich nur auf den Vordergrund, denn im Hintergrund werden ja die hereditären Faktoren weiter vorhanden bleiben. Es handelt sich hier eigentlich nicht – wie diese Vorgänge von O. NAEGELI genannt wurden – um Verdrängungsprozesse im psychoanalytischen Sinne, sondern um eine künstliche Umdrehung der Drehbühne, indem man eine leichter ertragbare kranke Existenzform künstlich in den Vordergrund zu bringen und die bisher dort agierende unerträgliche Krankheitsform in den Hintergrund zu stellen versucht.

Dieser indirekte Heilplan hat aber nur dann eine Chance, wenn wir vorerst beweisen können: 1. daß *jeder seelisch kranke Mensch nicht nur eine, sondern mehrere krankhafte Existenzformen in sich trägt*; 2. daß diese vertauschbar sind; ferner 3. daß dieses Vertauschen der Krankheitsformen auch künstlich – durch eine analytische Behandlung – möglich sei, und 4. daß die vertauschte und sozial erträglichere Existenzform andauert.

Zur Bestätigung des Vorhandenseins der ersten Bedingung stehen uns sowohl erbpathologisch-klinische wie auch experimentalpsychologische Erfahrungen zur Verfügung. So schreibt der Humangenetiker LUXENBURGER: «Es ist möglich, daß ein Schizophrener neben dem vollen schizophrenen Genotypus manisch-depressive oder epileptische Teilanlagen besitzt und umgekehrt . . . Ich bin sogar der Ansicht, daß ein und derselbe Mensch zuerst epileptisch, dann schizophren und schließlich noch manisch-depressiv werden kann. *Es besteht nach dem heutigen Stande der Erbforschung keine Veranlassung anzunehmen, daß die Erbpsychosen sich gegenseitig ausschließen . . .*»<sup>3</sup>

Der Tatbestand, daß ein und derselbe Mensch die Genotypen zu den drei Erbpsychosen und dann noch zu den Sexualabnormitäten in sich tragen kann, wurde durch die experimentelle Triebdiagnostik an mehr als 5000 Personen bekräftigt. Diese Untersuchungen haben bewiesen: 1. daß jeder Mensch Konduktor von vier verschiedenen Erbkreisen ist; 2. daß diese miteinander in einer, für die betreffende Person spezifischen Proporzbeziehung stehen; 3. daß des öfteren eine oder zwei dieser Erbkreise die führende Konduktorrolle spielen und somit die Gefahrzonen

<sup>1</sup> HENSCHEN: Schweiz. med. Wschr., 1931, S. 441.

<sup>2</sup> NAEGELI, O.: Allgemeine Konstitutionslehre, S. 122. Hier findet der Leser noch weitere Beispiele.

<sup>3</sup> Zitiert nach JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin und Heidelberg, 1948, V. Aufl., S. 472.

repräsentieren, 4. daß aber – unter Umständen – *die Latenzproportionen sich in der Auswirkung der vier Anlagetypen verschieben können und damit das klinische Erscheinungsbild sich zu verändern vermag*<sup>1</sup>.

Diese experimentellen Erfahrungen wurden von anderen Psychiatern, so von SOTO YARRITU (Spanien)<sup>2</sup> und E. STUMPER (Luxemburg)<sup>3</sup>, bei den Psychosen bestätigt. *Deshalb sahen wir uns in der Triebdiagnostik veranlaßt, den kranken Menschen nicht mit einer klinischen Diagnose zu etikettieren, sondern an Stelle der Diagnose die Latenzproportionen der vier Erbkreise anzugeben.*

Mit anderen Worten: *Der Mensch hat in der Tat mehrere hereditäre Existenzmöglichkeiten.* Heute sind wir imstande, für Jeden eine «*persönliche Existenzskala*» aufzustellen, in der alle seine möglichen Daseinsformen – die krankhaften wie die gesunden – qualitativ und auch quantitativ aufgezeigt werden können. Die Bestimmung dieser persönlichen Existenzskala kann sowohl testologisch durch die experimentelle Triebdiagnostik wie auch klinisch durch die psychoanalytische Auslegung der Ahnen- und Ich-Träume, aufgestellt werden. Sie dient somit dem Therapeuten als Wegweiser bei dem Vertauschen der Krankheitsformen (vgl. hierzu Abb. 8, 9, 10 und 20).

Die zweite Bedingung, nämlich die effektive Vertauschbarkeit der Existenzformen im Rahmen der persönlichen Existenzskala, wurde ebenfalls sowohl testologisch wie auch klinisch bekräftigt (siehe die späteren Beispiele).

Für die dritte und vierte Bedingung dieser Art von indirekten Heilwegen liefern die praktischen Erfahrungen der Schicksalsanalyse schon gegenwärtig genügende Beweise.

*Fall 24: Vertauschung des schizoformen Paranoids mit der paroxysmalen Migräne.* Ein etwa 60jähriger Jurist, Pressechef der Regierung, litt jahrzehntelang an Migräne. Nun stellte sich heraus, daß er kurz nach Beendigung seines Studiums zwei Jahre in einer Anstalt interniert gewesen war. Die Gutachten mehrerer eminenten Psychiatrieprofessoren hatten bei dem Patienten eine *paranoid-inflative Schizophrenie* diagnostiziert. Nach zwei Jahren verschwanden aber die schizophrenen Ich-Veränderungen, und an ihrer Stelle erschienen die paroxysmalen Migräneanfälle, die schon seit etwa 30 Jahren andauern.

Während dieser langen Periode seiner paroxysmalen Anfallserkrankung blieb die schizoforme Existenz im Hintergrund. Als einziges Indiz in dieser Richtung könnte die Paradoxie erwähnt werden, daß dieser hochkultivierte Pressechef des Kabinetts als Hobby Kochbücher schrieb.

In diesem Fall trat also die Migräne, als die klassische paroxysmale Gefäßstörung, spontan an Stelle der zwei Jahre im Vordergrund agierenden Ich-Störung der Schizophrenie. Umgekehrt ist bekannt, daß in der Vorgeschichte von Paranoikern die Migräne eine häufige Rolle spielt.

Die Vertauschbarkeit der schizoformen Ich-Störung mit einer vasoneurotischen Anfallserkrankung wurde in der Psychiatrie durch die Schocktherapien en

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Bd. I. Huber, Bern und Stuttgart, 1960, S. 389 ff. und 412 ff. Bd. III. Trieb-Linnäus-Band, Huber, 1960.

<sup>2</sup> SOTO YARRITU, F.: El destino humano, como problema científico. Diputación Foral de Navarra. Institución Príncipe de Viana, 1953.

<sup>3</sup> STUMPER, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Huber, Bern und Stuttgart, 1956.

gros bewiesen. Die Cardiazol-Krampfbehandlung von MEDUNA (1934), die Insulinschockbehandlung von SAKEL (1935) und im besonderen die Elektroschockbehandlung durch BINI und CERLETTI (1937) fußen u. E. alle auf der gleichen Basis des Prinzips, nach dem durch künstliche Hervorrufung der epileptischen Existenz die schizoforme oder paranoid-depressive Krankheitsexistenz – vorübergehend – zum Verschwinden gebracht werden kann. Erstaunlicherweise wurde bei der Beschreibung dieser Schockbehandlungen – meines Wissens – niemals auf die alte klinische Beobachtung von BUCHHOLZ<sup>1</sup> (1895) hingewiesen, der schon vor mehreren Jahrzehnten von einer Paranoia auf epileptischer Basis schrieb. WEYGANDT selber macht 1902 die Beobachtung, daß bei Epileptikern auch bleibende Wahnvorstellungen (Verfolgungs- und Größenideen) ab und zu mit Halluzinationen auftreten können<sup>2</sup>. Wir können hinzufügen, daß diese Umwandlung der Epilepsie in das Paranoid im besonderen nach medikamentöser Unterdrückung der Anfälle einzutreten pflegt. Auch bei anderen Anfallserkrankungen, so beim Stottern, sahen wir diese spontane Vertauschung mit Paranoia.

Auf die erbpathologische Koppelung der zwei verschiedenen Genotypen von Epilepsie und Paranoia haben wir schon in der «Schicksalsanalyse» 1944 hingewiesen<sup>3</sup>. Die nämliche Beziehung konnte mittels der experimentellen Triebdiagnostik von meinen Mitarbeitern R. SATAKE (Japan)<sup>4</sup> und R. SEIDEL<sup>5</sup> (Zürich) bestätigt werden. R. SATAKE untersuchte paranoide Schizophrene mit meinem Test und stellte fest, daß die epileptiforme Existenz bei internierten paranoiden Schizophrenen fast so häufig vorkam als die schizoforme Spaltung. Die Untersuchungen von R. SEIDEL (in der Anstalt für Epileptische, Zürich) führten zu dem Ergebnis, daß die genuinen Epileptiker in den Testserien überragend häufig Zeichen einer paranoid-schizophrenen Existenz liefern.

*Fall 25. Vertauschung des Paranoids mit der Epilepsie durch Elektroschock.* Zur Zeit der Judenverfolgungen in Ungarn behandelte ich einen etwa 25jährigen schweren Epileptiker. Seine Krankheitsgeschichte war durch die damaligen politischen Umstände nicht sonderbar. Als Kind litt er an epileptischen Anfällen, die aber zu Ende der Pubertät völlig verschwanden, an Stelle der Anfälle erschienen dann ausgeprägte paranoide Ich-Veränderungen, die zu dieser Zeit der Judenverfolgung auch einen Wirklichkeitskern enthielten. Als nun unser Patient in eine Zwangsarbeiterkompagnie einrücken sollte, ließ er sich von einem Psychiater *absichtlich* mehrere Elektroschockbehandlungen machen, um nicht einrücken zu müssen. Seither kamen aber die längst verschwundenen epileptischen Anfälle spontan immer wieder, so daß er nun gegen diese Anfälle Hilfe verlangte.

\*

Die angeführten Beispiele demonstrieren folgende Tatbestände:

<sup>1</sup> BUCHHOLZ, A.: Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Leipzig, 1895.

<sup>2</sup> W. WEYGANDT's Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München, J. F. Lehmanns Verlag, 1902, S. 272.

<sup>3</sup> SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. B. Schwabe, Basel, II. Aufl., S. 320 f., 325 f., 364.

<sup>4</sup> SATAKE, R.: Vergleichende Untersuchungen über die Existenzformen mittels der experimentellen Triebdiagnostik. Beiträge zur Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals. Szondiiana III. Huber, Bern und Stuttgart, 1961.

<sup>5</sup> SEIDEL, R.: Experimentelle Existenzformenanalyse an einem Krankengut von 126 Epileptikern. Inaugural-Dissertation. Juris-Verlag, Zürich, 1962.

1. Paranoide Schizophrene tragen eine fast so starke paroxysmale Existenzmöglichkeit in sich wie die einer paranoiden Ich-Veränderung.

2. Genuine Epileptiker sind gleichzeitig auch Träger der Erbanlage zur paranoiden Schizophrenie.

3. Die paranoid-schizophrenen und die epileptiform-paroxysmalen Krankheitsexistenzen können sowohl spontan wie auch künstlich ausgetauscht werden.

\*

Die nachfolgenden zwei Beispiele sollen demonstrieren, daß sowohl die paranoiden wie auch die manischen Psychosen unter Umständen mit einer schweren Zwangsexistenz vertauscht werden können.

An dem zweiten Kolloquium der Internationalen Forschungsgemeinschaft für Schicksalspsychologie haben wir über den Verlauf einer Schicksalsanalyse bei einer Malerin (Fall 4) berichtet<sup>1</sup>. Diese Patientin brachte es zustande, ihre hereditäre paranoide Schizophrenie sieben Jahre lang mit einer krankhaften Zwangsexistenz zu ersetzen. Auch diese Zwangsexistenz war konstitutioneller, familiärer Natur (siehe Abb. 4, Stammbaum zum Fall 4) in Form von Zwangsgedanken, sie müsse ihre kleine Tochter, an die sie sexuell gebunden war, töten.

In diesem Fall bestand die Aufgabe des Schicksalstherapeuten – im Gegensatz zu einer üblichen Psychoanalyse – nicht darin, die Zwangsexistenz zum Verschwinden zu bringen, sondern sie womöglich sogar zu stärken, zu prolongieren und ihren Inhalt *in Form eines Arbeitszwanges*, im besonderen eines Malzwinges, zu sozialisieren. Die Sozialisierung gelang der Patientin in der Tat zwei Jahre lang. Die Richtigkeit unseres Heilplans wurde dadurch bestätigt, daß in dem Moment, wo sie – nach einer überstarken Liebeskrise – ihren vom Therapeuten eingesetzten Arbeitszwang aufgab, die paranoide Schizophrenie mit Beeinträchtigungs- und sexuellen Sendungswahnideen wie auch Halluzinationen erschien.

*Fall 26. Vertauschung des Zwanges mit dem Paranoiden.* Im ersten Band der Triebpathologie haben wir die Geschichte eines 35jährigen Bildhauers, eines schweren Zwangsneurotikers, mitgeteilt<sup>2</sup>. Schon als 9- bis 10jähriger mußte er die Seiten einer Zeitung oder die eines Buches, die er eben las, von Seite zu Seite ablecken, wie auch vieles andere, was er in die Hand nahm. Mit 15 bis 17 Jahren nahm er Zwangsposen und Zwangsgrimassen an. Mit 17 bis 18 Jahren traten Berührungsverbote und WC-Zeremonien auf, die viele Stunden dauerten und ihn somit arbeitsunfähig machten. In diesem Fall haben wir – eben wegen der Schwere der Zwangsexistenz – eine psychoanalytische Behandlung aus folgenden Gründen für kontraindiziert erachtet: Erstens starb sein mütterlicher Onkel in einer Heil- und Pflegeanstalt in Budapest mit der Diagnose: paranoide Schizophrenie. Zweitens war die Mutter des Patienten eine schwere Hypochondrin und lebte vorerst mit dem paranoiden Bruder, danach mit unserem Zwangsneurotiker in einer krankhaften Dualunion. Sie war zudem paranoid-streitsüchtig und hatte zuzeiten den Putzzwang. Drittens erlitt der Patient selber nach einer neunjährigen Zwangsexistenz (9–18 Jahre) mit 18 Jahren den ersten paranoid-schizophrenen Schub, der

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Grundriß der schicksalsanalytischen Therapie. Szondiana III. Huber, Bern und Stuttgart, 1962. (Diagnose, Prognose und Therapie des Schicksals.)

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie, Bd. I. Triebanalyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 475–481.

nur wenige Tage dauerte. Er wurde von den Kollegen in der Werkstatt des Bildhauers geneckt, was ihn maßlos erregte. Plötzlich wollte er aus dem Fenster in die Tiefe springen, da er die Möbel des Zimmers in Flammen aufgehen sah. Gleichzeitig mit dieser Halluzination entwickelte er die Wahnidee, man wolle ihn ausrauben, in der Badewanne erwürgen und war völlig desorientiert. Nach wenigen Tagen kam er zu sich und *danach lebte er fast 16 Jahre hindurch wieder seine vorausgegangene Zwangsexistenz weiter*. 1941 wurde der Patient nach einem heftigen Luftangriff auf Budapest plötzlich wieder paranoid-schizophren. Während er am Fenster stand, sah er sich selber auf der Straße gehen, rief seine Mutter herbei und sagte zu ihr: «Sieh, dort gehe ich.» Am selben Tag um Mitternacht läutete er an der Türe eines Nachbarn und suchte dort den Bruder, der schon längst tot war. Nachdem man ihm die Türe nicht öffnete, fing er an zu toben und wurde interniert. Dieser zweite paranoid-schizophrene Schub dauerte etwa drei Monate. Nach seiner Entlassung aus der Anstalt setzte er seine alte Zwangsexistenz mit dem gleichen Zeremoniell fort wie vor dem Schub<sup>1</sup>.

Dieser Fall bekräftigt somit die Vertauschbarkeit der schizophrenen Existenz mit der des Zwanges noch eindrücklicher als der vorangehende Fall. Hier wurde ja die Zwangsexistenz in 26 Jahren, nämlich vom 9. bis zum 35. Jahr, nur zweimal aufgegeben, wobei an Stelle des Zwanges sofort die paranoide Schizophrenie erschien. Wir machten den Versuch, seine Zwänge durch Kartothekisierung der Bibliothek unseres damaligen Forschungslaboratoriums zu sozialisieren. Er konnte diese Arbeit jahrelang in exakter Weise durchführen. Auch eine andere Art der Sozialisierung seiner Zwangsexistenz ist lehrreich. Er wurde 1943 – als Jude – in eine Zwangsarbeiterkolonne in Ungarn auf dem Lande eingezogen. Hier arbeitete er ohne jegliche Schwierigkeiten Monate hindurch. Er selber behauptete, daß diese Periode seines Lebens, in der er «wie ein Sklave in Ägypten» gezwungen war, die schwerste Lasterarbeit zu verrichten, die glücklichste Zeit seines Lebens war. Denn er mußte und konnte dasselbe leisten wie seine Schicksalsgenossen. Eben wegen dieser Möglichkeit der Sozialisierung sprechen wir hier nicht von Zwangsirresein, sondern von einer schweren konstitutionellen Zwangsexistenz.

*Fall 27. Vertauschung des Manischen mit dem Zwang.* Dieser Fall soll ein Paradigma dafür sein, daß die Zwangsexistenz nicht nur für die paranoide Schizophrenie, sondern auch für eine manische Existenz unter Umständen ein gutes «Tauschgeschäft» sein kann. Eine etwa 50jährige Hausfrau war wegen manisch-depressivem Irresein interniert. Als man sie nach vielen Monaten probeweise nach Hause entlassen hatte, begann sie sofort Ordnungs-, Aufräumungs- und Putzzwänge zu entwickeln. Man konnte sie dennoch in ihrem Haushalt schalten und walten lassen. Somit gelang es ihr, den manischen Bewegungsdrang auf dem Wege des Zwanges zu sozialisieren.

\*

Aus der psychiatrischen Literatur ist bekannt, daß es ein schizophrenes Zwangsdenken, ein Zwangserinnern, ja ein zwangsmäßiges Aufhören des Denkens<sup>2</sup> gibt (E. und M. BLEULER). Diese Zwangerscheinungen werden dem Sym-

<sup>1</sup> Die Literatur über Zwang und Schizophrenie wird im Kapitel XXXVIII ausführlich behandelt.

<sup>2</sup> BLEULER, EUGEN: Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl., umgearbeitet von MANFRED BLEULER. Springer, Berlin, 1943, S. 315 und 50.

ptomienkreis der schizophrenen Automatismen angeschlossen. Zwangsideen und Zwangsvorstellungen kommen auch in depressiven Zuständen vor. Man spricht auch von einem Zwangsirresein. Bei der Manie hingegen trägt der Beschäftigungsdrang keinen Zwangscharakter.

In den hier von uns erörterten Beispielen wie auch in den Fällen, die wir später noch darstellen werden, handelt es sich aber um völlig andere Vorgänge. Während in den erwähnten psychiatrischen Darstellungen die Schizophrenie oder das manisch-depressive Irresein ständig auf der Daseinsbühne im Vordergrund stehen, und der Psychotiker neben der Dominanz der Schizophrenie oder der Melancholie synchron nebenbei auch Zwangsercheinungen produziert, ist in unseren Fällen *die krasse Sukzessivität und die Vertauschbarkeit einer psychotischen Existenz mit der Dominanz einer Zwangsexistenz charakteristisch*. Dasselbe bezieht sich auch auf die Vertauschbarkeit des Paranoid mit der paroxysmalen Existenz.

Schon auf Grund der heutigen Erfahrungen müssen wir betonen, daß diese Umdrehbarkeit einer Psychose oder Präpsychose in eine Zwangsexistenz nur für diejenigen Fälle gültig ist, in denen beide Existenzmöglichkeiten fast gleich stark in der Erbgarnitur, d. h. in der konstitutionellen Existenzskala, der Person vorhanden sind. Heute wissen wir noch nicht, wie häufig diese Fälle sind. Unsere Beobachtungen zeigen aber klar, daß es Fälle mit dieser Art von multiplen Existenzstrukturen sicher gibt und daß bei ihnen eine spontane oder künstliche Vertauschung der erwähnten zwei Existenzformen möglich ist (siehe später Kapitel XXXVIII). Neben der Paroxysmalität und Zwangsexistenz scheint auch die der *Hypochondrie* in der Vertauschmöglichkeit einer Psychose eine gewichtige Rolle zu spielen. Eben deshalb erachten wir für die Zukunft folgende Untersuchungen für notwendig:

Erstens sollte in jedem schweren psychiatrischen Fall mittels der experimentellen Trieb- und Ich-Diagnostik *die spezielle Existenzskala* der Person aufgestellt werden (siehe Abb. 8, 9, 10 und 20a und b).

Zweitens sollte man in den psychiatrischen wie auch in den schwerneurotischen Fällen eine besondere Anamnese und Katamnese erheben, welche die existentiellen Wandlungsrichtungen der Krankheitsbilder mit den Jahren aufweisen<sup>1</sup>.

Drittens sollte man bei den analytisch behandelten Neurosen, Präpsychose und Psychose auf Grund der persönlichen Existenzskala Grundlagenforschungen über die Prognostik einführen (A. BEELI, Prognostikskala).

In den nachfolgenden vier Abschnitten wird der Versuch gemacht, die Störungen im Sexual-, Affekt-, Ich- und Kontaktleben im Sinne der Schicksalsanalyse klinisch und therapeutisch kurz darzustellen. Es wird hier keine Vollständigkeit angestrebt, sondern nur die neue Schauart demonstriert.

---

<sup>1</sup> Vgl. hiezu: a) STENGEL, E.: Neurosenprobleme vom angloamerikanischen Gesichtspunkt. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Bd. II. b) MÜLLER, C.: Übergang der Zwangneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych., 72, S. 218-225, 1953.

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER SEXUALSTÖRUNGEN

### Kapitel XXVIII

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER HOMOSEXUALITÄT

### *I. Die Homosexualität des Mannes*

*Begriffsbestimmung.* Unter genuiner oder echter Homosexualität versteht die Genetik jene Störung der psychosexuellen Entwicklung, bei der die Person sowohl in bezug auf das Triebziel, wie auch auf die Objektwahl vorwiegend von der Genstruktur her invertiert ist. Die *genuin* Invertierten bilden eine streng geschlossene, einheitliche, aber äußerst kleine Gruppe der Homosexuellen, die nur durch ausgedehnte Familien- oder Zwillingsforschungen bestimmt werden kann.

Ihnen gegenüber steht die bedeutend größere Gruppe der sogenannten *traumatischen*, «*unechten*» Homosexuellen, bei denen die Verkehrtheit im Triebziel und in der sexuellen Objektwahl durch frühkindliche, zumeist traumatische, persönliche Erlebnisse bzw. durch verkehrte Identifizierungen und nicht durch familiär-spezifische Erbfaktoren bedingt wird. Diese zweite Art von Inversionen nennt man auch *Pseudo-Homosexualität* oder *neurotische bzw. traumatische Homosexualität*. Diese Gruppe bildet das Gros der Invertierten, die spontan zum Arzt gehen. Die Zweiteilung des klinischen Phänomens der sexuellen Inversion steht nicht zu der Auffassung S. FREUDS im Gegensatz<sup>1</sup>. Ihre Begründung wird bei der Frage nach der Ätiologie erörtert werden.

Die *Pathogenese* der Homosexualität des Mannes wurde durch S. FREUD – ohne Aufklärung über die Herkunft, im besonderen die hereditäre Ätiologie – im folgenden dargestellt. (Die Homosexualität der Frau wird später erörtert.)

«Wir haben bei allen untersuchten Fällen festgestellt, daß die später Invertierten in den ersten Jahren ihrer Kindheit eine Phase von sehr intensiver, aber kurzlebiger Fixierung an das Weib (meist an die Mutter) durchmachen, nach deren Überwindung sie sich mit dem Weib identifizieren und sich selbst zum Sexualobjekt nehmen, d. h. vom Narzißmus ausgehend, jugendliche und der eigenen Person ähnliche Männer aufsuchen, die sie so lieben wollen, wie die Mutter sie geliebt hat. Wir haben ferner sehr häufig gefunden, daß angeblich Invertierte gegen den Reiz des Weibes keineswegs unempfindlich waren, sondern die durch das Weib hervorgerufene Erregung fortlaufend auf ein männliches Objekt transponierten.

---

<sup>1</sup> FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Werke. Imago Publ., London, Bd. XVI, S. 64 ff.



Sie wiederholen so während ihres ganzen Lebens den Mechanismus, durch welchen ihre Inversion entstanden war. Ihr zwangshafte Streben nach dem Manne erwies sich als bedingt durch ihre ruhelose Flucht vor dem Weibe<sup>1</sup>.»

Die Entstehungsgeschichte der männlichen Homosexualität weist somit nach der Psychoanalyse folgende Schritte auf: 1. Frühkindliche Fixierung an die Mutter oder an eine Mutter-Ersatzperson (ältere Schwester, Tante, Kinderschwester); 2. Überwindung der Inzestliebe durch Identifizierung mit der Frau (Mutter); 3. narzißtische, gleichgeschlechtliche Objektwahl; 4. Übertragung der ursprünglich heterosexuellen Liebe auf den Mann; 5. ruhelose Flucht vor der Frau und Wiederholungszwang des Entstehungsmechanismus der Inversion.

Die *Ätiologie* der Homosexualität soll auf die folgende Frage eine Antwort erteilen: Was ist in der Inversion einer bestimmten Person von hereditär-konstitutioneller und was von akzidenteller, traumatischer Herkunft? S. FREUD leugnet zwar nicht die Rolle der Konstitution, erachtet aber ihre Eruierung für zwecklos. Er schreibt: «Bei dem Inversionstypus ist durchwegs das Vorherrschen archaischer Konstitutionen und primitiver psychischer Mechanismen zu bestätigen. Die Geltung der narzißtischen Objektwahl und die Festhaltung der erotischen Bedeutung der Analzone erscheinen als deren wesentlichste Charaktere. *Man gewinnt aber nichts, wenn man auf Grund solcher konstitutioneller Eigenheiten die extremsten Inversionstypen von den anderen sondert*<sup>2</sup>.» Für das Ursprüngliche bei der Inversion erachtet S. FREUD «die Unabhängigkeit der Objektwahl vom Geschlecht des Objektes, die gleich freie Verfügung über männliche und weibliche Objekte, wie sie im Kindesalter, in primitiven Zuständen und frühhistorischen Zeiten zu beobachten ist . . .»<sup>3</sup>. Da der Mensch ab ovo bisexuell angelegt ist, sind die Unterschiede in den Bedingungen der Inversion – im Vergleich zu den manifest Normalen – nur quantitativer Natur. Für FREUD spielen bei ihrer Entstehung die frühzeitigen Sexualerschütterungen, die Versagung in der Liebe zu beiden Elternteilen, gelegentlich auch der Wegfall des starken Vaters in der Kindheit, im besonderen aber die Mischung der Geschlechtscharaktere im Subjekt eine ausschlaggebende Rolle.

*Die Frage nach der Heredität* der Homosexualität kann man heute schon exakter und strenger formulieren als zur Zeit FREUDS, in der man sich noch mit solchen allgemeinen Begriffen wie etwa «archaische Erbschaft», «archaische Konstitution» oder «primitive psychische Mechanismen» begnügen mußte. Wir weisen hier auf die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte hin, welche ermöglichen, einerseits eine allgemeine biologische Theorie der Sexualität, andererseits die spezielle Vererbung der Homosexualität an ein- und zweieiigen Zwillingspaaren zu studieren. Bei diesen Erörterungen folgen wir teils dem Lehrbuch der Human-genetik von O. VON VERSCHUER<sup>4</sup>, teils den Ergebnissen experimenteller Untersuchungen der psychosexuellen Proportionen bei Invertierten mittels unserer «Dur-Moll-Methode».

<sup>1</sup> FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Schr. Internat. Psa Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, Bd. V, S. 18, Fußnote.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 19.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 18.

<sup>4</sup> V. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 67 ff. und S. 76–77 mit Tab. V (nach KALLMANN).

Das Wissen um die Sexualität hat M. HARTMANN in drei Grundgesetzen zusammengefaßt<sup>1</sup>:

1. Das Gesetz der allgemeinen bipolaren Zweigeschlechtlichkeit; 2. das Gesetz der allgemeinen bisexuellen Potenz und 3. das Gesetz der relativen Stärke der männlichen und weiblichen Determinierung.

Das erste Gesetz bezieht sich auf die Tatsache, daß zwei morphologisch unterschiedliche Geschlechter, Männlichkeit und Weiblichkeit, existieren. Das zweite sagt uns, daß jeder Organismus und jede einzelne Zelle entweder eine männliche A-Potenz (A = andros = Mann) oder eine weibliche G-Potenz (G = Gyné = Weib) innehat, kraft deren sie sich in männlicher oder weiblicher Richtung zu entfalten vermögen. Das eigentliche Wesen dieser bisexuellen A-G-Potenz ist derzeit noch nicht aufgedeckt, nur ihre Wirkung auf die Entwicklung der maskulinen (M) und femininen (F) Eigenschaften ist biologisch festgestellt. Nach M. HARTMANN kann man diese A-G-Potenz nicht «ohne weiteres mit dem Genkomplex» identifizieren.

Das dritte Gesetz stellt nun durch das Verhältnis F:M, d. h. das Verhältnis des F-Realisators zu dem M-Realisator, die relative Stärke der weiblichen (F) oder der männlichen (M) Determinierung in der Person fest. Der F-Realisator gilt für die Geschlechtsbestimmung des Weibes, der M-Realisator für die des Mannes. Die F-Gene sollen in den X-Chromosomen, die M-Gene in den Y-Chromosomen oder in mehreren Autosomen sitzen.

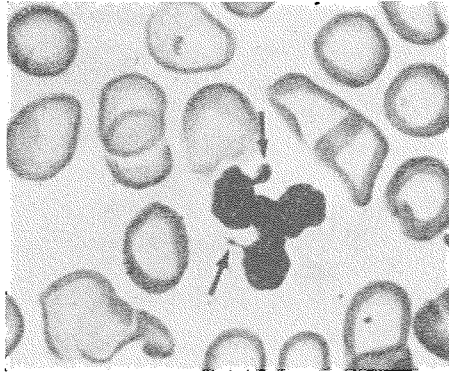
Die Frage nach der genetischen Geschlechtsbestimmung nahm 1949 durch die Forschungen des kanadischen Anatomen BARR und seiner Mitarbeiter eine überraschende und gewichtige Wendung. Sie entdeckten, daß das chromosomale Geschlecht bei Tieren und Menschen an den Zellkernen verschiedenster Gewebe mikroskopisch bestimmbar ist. BARR und seine Mitarbeiter beschrieben ein morphologisches Sexualmerkmal für die weibliche Zelle, das von den Autoren vorerst «Nukleolus-Satellit», heute allgemein weibliches «Geschlechtschromatin» genannt wird. Dieses Merkmal besteht nach BARR aus Chromatinzusammenballung der heterochromatischen kompakten Abschnitte der XX-Chromosomen bei weiblichen Individuen, die färbbar ist (positive *feulgensche* Kernreaktion). Bei den XY-Chromosomen der männlichen Zellen hingegen fehlt diese auffällige Chromatinzusammenballung, und die Reaktion fällt negativ aus. Auf Grund dieser Entdeckung haben DAVIDSON und SMITH (London 1954) ein morphologisches Sexualmerkmal im Blutabstrich, und zwar in den polymorphkernigen Granulozyten, d. h. in den weißen Blutkörperchen der Frau, beschrieben<sup>2</sup>. Sie nannten dieses Sexualmerkmal, also das typisch weibliche Kernanhängsel in den Leukozyten der Frau, «drumsticks» (Trommelschläger). Die DAVIDSON-SMITHSchen Befunde wurden mehrfach bestätigt<sup>3</sup>. H. R. WIEDEMANN und seine Mitarbeiter stellten 1956 auf Grund ausgedehnter Untersuchungen fest, daß die Zuverlässigkeit der *blutmorphologischen Geschlechtsbestimmung* so hochgradig ist, daß man diese

<sup>1</sup> HARTMANN, M.: a) Geschlecht und Geschlechtsbestimmung im Tier- und Pflanzenreich. II. Aufl., Göschen Bd. 1127 (de Gruyter & Co., Berlin, 1951). b) Die Sexualität. II. Aufl., Fischer, Stuttgart, 1956.

<sup>2</sup> DAVIDSON, W. M., und SMITH, D. R.: Brit. med. J., 1954. Zitiert nach WIEDEMANN, H.-R. München. Med. Wschr. Jg. 98, S. 1090 ff.

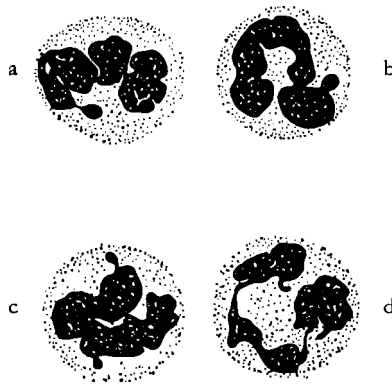
<sup>3</sup> Siehe die Literatur bei WIEDEMANN, H.-R.

Methode in Fällen von zweifelhaftem Geschlecht mit Sicherheit anwenden kann<sup>1</sup>. Bei über 30 weiblichen Pseudohermaphroditen ist diesen Autoren kein einziges Fehlurteil unterlaufen.



*Chromosomengeschlecht* : ♀ ▼ Trommelschlegel, drumstick; ▲ kleine Keule, small club.

Abb. 14. Weibliches Geschlechtschromatin in den weißen Blutkörperchen.  
(Aus der Arbeit H.-R. WIEDEMANN und Mitarbeiter, München, Med. W. 98, Nr. 33, 1956)



*Chromosomengeschlecht* : ♀ a) Typ A: „Trommelschläger“, „drumstick“  
b) Typ B: „Ungestielte Knoten“ oder Tropfenform  
c) Typ C: Zwischenformen  
d) Typ D: Hacken- und Stabformen

Abb. 15. Variationen des weiblichen Geschlechtschromatins, der Leukozyten-Kernanhänge,  
nach KOSENOW. (Aus dem Buch: Genetik des Menschen, von O. VON VERSCHUER, 1959)

Uns interessiert hier die Frage, ob männliche Invertierte im Blutabstrich weibliche, also positive, und Lesbierinnen männliche, d. h. negative Reaktionen in bezug auf die Kernanhängsel liefern? Dann nämlich wäre die Inversion durch das chromosomale Geschlecht bedingt. Dem ist aber nicht so. M. BLEULER und

<sup>1</sup> WIEDEMANN, H.-R., ROMATOWSKY, H., und TOLKSDORF, M.: Geschlechtsbestimmung aus dem Blutbilde.

H.-R. WIEDEMANN untersuchten das Chromosomengeschlecht durch Blutabstriche von 20 männlichen und 4 weiblichen Homosexuellen. «Das Chromosomengeschlecht erwies sich in allen diesen Fällen der körperlichen Geschlechtlichkeit entsprechend; es entsprach mithin der Psychosexualität nie<sup>1</sup>.» Damit wurde die Annahme von THEO LANG, daß männliche Homosexuelle nach dem Chromosomengeschlecht weiblich wären, und daß deshalb ihre Triebrichtung invertiert sei, widerlegt<sup>2</sup>.

Die Autoren untersuchten ferner 9 schwere Transvestiten – 5 männliche und 4 weibliche – auf das Chromosomengeschlecht. Es entsprach in allen 9 Fällen den Genitalien und nicht der psychischen Geschlechtlichkeit. Sie ziehen folgende Konklusion: «Unseren bisherigen Kenntnissen nach ist deshalb anzunehmen, daß das Chromosomengeschlecht die Psychosexualität nicht direkt beeinflusst; die Psychosexualität kann völlig unabhängig vom Chromosomengeschlecht variieren.» Die Autoren warnen dennoch davor, daß man ihre Befunde als ernsthaften Hinweis auf die ausschließliche Psychogenese der Homosexualität betrachtet. Ihre Befunde wurden von TH. LÜERS und J. H. SCHULTZ (1957) bestärkt.

Falls in Zukunft bei einer großen Serie von konkordant-homosexuellen einiigen Zwillingspaaren die obige Behauptung nicht widerlegt werden sollte, müßte man derzeit annehmen, daß die Psychosexualität im allgemeinen wie auch die genuine Inversion im besondern nicht an die Geschlechtschromosomen (XX und XY), sondern entweder an andere Gene gebunden ist oder aber – wie dies von vielen Psychoanalytikern behauptet wird – überhaupt nicht genetisch, sondern ausschließlich durch die persönlich erworbenen Erlebnisse bedingt sei.

Betreffs der sexuellen Inversion hat aber in den letzten Jahren die Theorie der ausschließlichen Psychogenese der Homosexualität durch die Ergebnisse der Zwillingsuntersuchungen einen schweren Schlag erlitten. Nachdem SANDERS schon 1934 und HABEL 1950 ihre Untersuchungen über kleinere Serien von invertierten Zwillingen publiziert haben, konnte KALLMANN 1952 die Frage nach der Heredität der Homosexualität an 95 Zwillingspaaren neu überprüfen. Von den 95 Zwillingspaaren waren 44 eineiige und 51 zweieiige<sup>3</sup>. Der Proband war jeweils homosexuell. Der Grad der Inversion wurde mittels der KINSEY<sup>4</sup>-Skala bestimmt.

*Grad der Homosexualität nach der KINSEY-Skala:*

- 0 Ausschließlich heterosexuell ohne jede Homosexualität.
- 1 Vorwiegend heterosexuell, nur vereinzelte Homosexualität.
- 2 Vorwiegend heterosexuell, stärkere Homosexualität.
- 3 Heterosexualität und Homosexualität zu gleichen Teilen.
- 4 Vorwiegend homosexuell, stärkere Heterosexualität.
- 5 Vorwiegend homosexuell, nur vereinzelte Heterosexualität.
- 6 Ausschließlich homosexuell.

<sup>1</sup> BLEULER, M. und WIEDEMANN, H.-R.: Chromosomengeschlecht und Psychosexualität. Arch. f. Psych. u. Ztschr. f. Neur. Bd. 195, S. 14–19, 1956.

<sup>2</sup> LANG, TH.: a) Beitrag zur Frage nach der genetischen Bedingtheit der Homosexualität. Z. Neur. 155, S. 702–713, 1936.

b) Zur Frage nach der genetischen Struktur von Homosexuellen und deren Eltern. Arch. Julius Klaus Stift, Zürich, 20, S. 51–76, 1945.

<sup>3</sup> Nach von VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 76–77.

<sup>4</sup> KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN, CL. E., und GEBHARD, P. H.: Das sexuelle Verhalten des Mannes. G. B. Fischer Verlag, Berlin und Frankfurt a. M., 1955, S. 595, Abb. 156.

Tab. 7. Homosexuelle Zwillinge nach Kallmann

	Anzahl der Paare	Konkordante Paare		Diskordante Paare
		Homosexualitätsgrad nach der Kinsey-Skala		
		5-6	1-4	
Eineiige Zwillinge EZ	44	31	13	0!
Zweieiige Zwillinge ZZ	51	2	11	38
Σ	95	33	24	38

Die Lehre der Tabelle lautet somit:

1. Völlige Diskordanz in bezug auf die Homosexualität kam bei den Eineiigen *keinmal* von 44 Fällen, bei den Zweieiigen 38mal von 51 Fällen vor.

2. Konkordanz des höchsten Homosexualitätsgrades (5. bis 6. Grad) fand KALLMANN von den 44 Eineiigen 31mal, bei den 51 Zweieiigen nur zweimal vor.

Es muß noch hervorgehoben werden, daß die Inversion des einen Paarlings des öfteren völlig unabhängig von der des anderen, oft sogar bei völliger Trennung der Paarlinge eingetreten ist. Alle Eineiigen lehnten eine homosexuelle Beziehung zu dem Zwillingspartner ab. O. VON VERSCHUER schließt seine Erörterung mit folgendem Satz ab: «Damit hat die Annahme, daß bei der Entstehung der *echten* Homosexualität eine abnorme Erbveranlagung eine wichtige Rolle spielt, eine eindrucksvolle Bestätigung gefunden. Eine Genanalyse im eigentlichen Sinne des Wortes ist nicht möglich<sup>1</sup>.» Dieser Tatbestand rechtfertigt somit die Trennung einer «genuinen, echten» Gruppe von der «unechten, traumatisch erworbenen, neurotischen» Gruppe der Homosexuellen.

*Klinische Formen der Homosexualität. A. In der Psychoanalyse:* a) Nach S. FREUD kann man folgende Formen unterscheiden:

1. Der passive, weibliche Invertierte fühlt sich nur als Weib und sucht deshalb nur den Mann. Diese Form, obwohl sie für eine Gruppe der Invertierten zutrifft, ist dennoch kein allgemeiner Charakterzug der Homosexuellen.

2. Der aktive, männliche Invertierte bewahrt völlig die Charakterzüge des Mannes und sucht in dem gleichgeschlechtlichen Partner seelisch weibliche Züge. Daher kopieren die männlichen Prostituierten in Kleidung, Haarform und Benehmen die Frauen<sup>2</sup>.

3. Der narzißtisch-phallische Invertierte ist in der Entwicklung des Geschlechtstriebes dadurch gestört, daß er in der ödipalen Phase, nach einer Enttäuschung durch die Mutter, ihr die Libido entzieht und danach sich selbst in seinem männlichen Partner, im besonderen den Penis, liebt.

4. *Der projektive Invertierte* erleidet auf dem entwicklungsgemäßen Wege zwischen Autoerotik, Narzißmus und Homosexualität eine Störung. Die Inversion bleibt meistens latent und wird auf männliche Objekte projiziert, die ihn nun beinträchtigen oder sogar verfolgen. Dies ist die bekannte klinische Gruppe der

<sup>1</sup> Zit. Arbeit: S. 77.

<sup>2</sup> FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Schr. Bd. V, S. 17.

latent homosexuellen Paranoiden<sup>1</sup>. H. NUNBERG<sup>2</sup> behauptet, daß im Verfolgungswahn eine passive homosexuelle Bindung mit Hilfe des Sadismus (Haß und Aggression) abgelehnt wird.

5. *Der analsadistische (pervertierte) Homosexuelle* ist an diese prägenitale Stufe fixiert und befriedigt den Analsadismus an invertiert gewählten Objekten, ohne seine Männlichkeit zu verkehren.

A. FERENCZI fordert eine scharfe Trennung zwischen folgenden zwei Inversionsformen: 1. Der *Subjekt-Homoerotiker*: Er ist ein passiv Invertierter, der sich im Verkehr mit Männern als Weib fühlt; er ist in bezug auf sein eigenes Ich invertiert. 2. Der *Objekt-Homoerotiker* hingegen ist der «aktive Homosexuelle», der sich in jeder Hinsicht als Mann fühlt, meistens sehr energisch und aktiv ist und nichts Weibliches an seiner körperlichen oder seelischen Organisation hat. Einzig das Objekt seiner Neigung ist vertauscht, so daß man ihn einen Homoerotiker durch Vertauschung des Liebesobjektes oder kürzer einen *Objekt-Homoerotiker* nennen könnte<sup>3</sup>. FERENCZI behauptet, daß nur der *passive Subjekt-Homoerotiker den Namen eines Invertierten verdient*. Hingegen erwiesen sich die Objekt-Homoerotiker nach ihm in der Analyse als Zwangsneurotiker. FREUD fand diese letzte Behauptung FERENCZIS minder glücklich. Nach FERENCZI fühlen sich die Subjekt-Homoerotiker eher von reiferen, kräftigeren Männern angezogen und verkehren mit Frauen «kollegial»; die Objekt-Homoerotiker hingegen suchen junge, zarte, weibliche Knaben und begegnen den Frauen mit Antipathie, nicht selten gar mit Haß. FERENCZI hält die *passive Subjekt-Homosexualität für konstitutionell bedingt*, von äußeren Einflüssen verstärkt und unheilbar. Die Objekt-Homosexualität hingegen ist stets erworben.

Die Zweiteilung der Homosexualität in eine passive und aktive Form wird heute in der Psychoanalyse auf Grund einer doppelten Inversion des Triebziels und der Objektwahl bei der passiven und auf Grund einer einfachen Verkehrtheit in der Objektwahl ohne Triebzielinversion bei der aktiven Kategorie durchgeführt. Bei beiden handelt es sich aber ausschließlich um eine traumatische oder neurotische, d. h. erworbene und nicht um eine hereditäre Herkunft der Homosexualität.

*B. In der Schicksalsanalyse* wird die Entstehungsgeschichte (= Pathogenese) und die Verursachung (= Ätiologie) prinzipiell streng voneinander getrennt. Demzufolge unterscheidet die Schicksalsanalyse erstens *eine genuine, hereditäre* und zweitens *eine erworbene, traumatisch-neurotische Kategorie der Homosexualität*. Der Ausdruck «Pseudohomosexualität» wird nicht gebraucht. Die Schicksalsanalyse bemüht sich aber auch bei der genuine Homosexualität, die frühkindlichen und die in der Pubertät entstandenen Traumata und innerseelischen Geschehnisse historisch zu eruieren. Denn die genuine Inversion fußt stets einerseits auf der mitgebrachten Konstitution, anderseits auf den früher erworbenen Traumata und Identifizierungsstörungen. Dabei warnt sie aber vor der Einseitigkeit der nur persönlichen Krankheitsgeschichte und betont die Notwendigkeit und Gleichwertigkeit der Familiengeschichte in der Entstehung der sexuellen Inversion.

<sup>1</sup> FREUD, S.: Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoid. Ges. Schr. VIII, S. 412f.

<sup>2</sup> NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre. Huber, Bern und Stuttgart, 1959, S. 130.

<sup>3</sup> FERENCZI, S.: Zur Nosologie der männlichen Homosexualität (Homoerotik). Jbuch f. Psa. u. Pspath. Forsch. Bd. II, 1911.

Das Archiv der Internationalen Forschungsgemeinschaft für Schicksalspsychologie<sup>1</sup> beinhaltet derzeit Akten über 148 männliche Invertierte. Das Material stammt aus den USA (100 homosexuelle Männer aus dem Gefängnis Sing-Sing von H. P. DAVID, Universität Pittsburg), ferner aus der Heil- und Pflegeanstalt Ettelbrück, Luxemburg (E. STUMPER), aus der Heil- und Pflegeanstalt Breitenau, Schweiz, (H. ELLENBERGER), aus der Therapeutischen Seelsorgestelle, Luzern (K. KERN und A. BEELI), und aus meiner Praxis. Auf Grund nachstehender Kriterien haben wir die Fälle in die genuine und erworbene (neurotische) Kategorie eingeteilt.

*Kriterien der genuine Inversion:* Wir nennen eine Inversion genuin:

1. Wenn der homosexuelle Proband eineiiger Zwillings- und sein Paarling – unabhängig von ihm – ebenfalls homosexuell ist (Fall 28).

2. Wenn in der Familie des Probanden homosexuelle Transvestiten, somatische Hermaphroditen sowie sexuell pervertierte Sadisten oder Masochisten häufig vorkamen (Fall 29).

3. Wenn sich die Inversion beim Probanden im Rahmen einer familiären somatischen oder seelischen Erberkrankung – quasi als Begleiterscheinung dieser Erkrankung – manifestiert. Hier kommen im besonderen folgende krankhafte Koexistenzen in Frage:

a) Häufige Selbstmordfälle (Fall 30).

b) Paranoide Schizophrenie (Fall 31).

c) Epilepsie bzw. epileptiformes Paranoid (Fall 32).

d) Narkomanie und Sucht (Fall 57).

e) Psychopathie mit manifester Homosexualität (Fall 33).

Auf diese Zusammenhänge wurde 1944 in der «Schicksalsanalyse» und 1956 in der «Ich-Analyse» bereits hingewiesen<sup>2</sup>. Die angeführten Koexistenten müssen im Einzelfall durch die Ergebnisse einer ausgedehnten Familienforschung belegt sein, um die Genuität der Inversion aufstellen zu können.

4. Die hereditäre Herkunft einer Inversion ist auch ohne Familienforschung auf Grund der experimentellen Trieb- und Ich-Diagnostik möglich, aber nur in den Fällen, in denen Testmerkmale von einer schizoformen Spaltung, einer Epilepsie, Psychopathie oder andersartigen konstitutionellen Existenzformen auftreten, die nach unseren Erfahrungen zweifellos genuiner und nicht neurotischer Herkunft sind<sup>3</sup>.

Auf Grund dieser Kriterien ist es möglich, die traumatisch-neurotischen Inversionen von den genuine per exclusionem zu trennen. Im besonderen ist zu betonen, daß die genuine Invertierten sich nicht gegen ihr Sexuelschicksal auflehnen, dagegen die von neurotischer Herkunft ihr Anderssein nur schwer zu ertragen vermögen und darum Hilfe suchen. Um eine Inversion als von erworbener, traumatisch-neurotischer Herkunft qualifizieren zu können, genügt aber das Vorhandensein von Traumen (Verführung in der Jugend) oder von invertierter Identifizierung allein noch nicht. Ausschlaggebend ist hier das Fehlen aller angegebenen Kriterien einer hereditären Herkunft. Natürlich ist es bei den hereditären Fällen auch nicht ausgeschlossen, daß die koexistierende seelische Veränderung (Schizophrenie, Epilepsie) konstitutionell, hingegen die Inversion traumatisch bedingt ist. Zumeist aber spricht die Gleichzeitigkeit im Auftreten beider Existenzen eher für die Genuität der Inversion.

<sup>1</sup> Zürich, Freiestraße 17. Archivarin: Dr. med. U. Studer-Salzman.

<sup>2</sup> a) Schicksalsanalyse, II. Aufl., 1948, S. 106 f., 182 ff., 204, 320.

b) Ich-Analyse, 1956, S. 88 ff.

<sup>3</sup> Triebpathologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, Syndromatik, S. 404–415.

Das Archivmaterial erlaubt vorderhand folgende Einteilung der Inversionen:

## I. Genuine Homosexualität

### a) Schizoformer Typus:

1. Projektiv-schizoformer, 2. inflativ-schizoformer, 3. gemischt projektiv und inflativ schizoformer und 4. heboid-schizoformer Typus.

### b) Paroxysmaler, epileptiformer Typus, c) Psychopathischer Typus.

## II. Erworbene, neurotische Homosexualität

a) Anankastische, zwangsneurotische (A. FERENCZI), b) hypochondrische mit Schuld- und Strafangst, c) hysteriforme, d) projektiv-neurotische Inversion.

Im folgenden bringen wir einige Beispiele zur *genuinen* Kategorie der Inversion.

*Fall 28. Ein konkordantes homosexuelles Zwillingspaar.* Im ersten Buch der Schicksalsanalyse haben wir 1944 ein 34jähriges, eineiiges Zwillingspaar unter den Namen Johann und Thomas beschrieben und ihren Stammbaum (28 a und b) ausgelegt<sup>1</sup>. Hier fassen wir nur jene Angaben kurz zusammen, welche die Heredität ihrer Homosexualität bestärken.

1. Das Zwillingspaar litt seit dem 18. Lebensjahr an einer heredo-familiären, mit Starrkrampf verbundenen Lähmung, Paralysis spinalis spastica. An dieser Erbkrankheit litten außer den hier genannten Zwillingen noch ein Bruder, der ebenfalls Zwilling war, dessen Zwillingsschwester aber von der heredo-familiären Erkrankung frei war, ferner die Mutter, deren Mutter, ein Onkel und zwei Schwestern der Mutter, insgesamt also *acht* Personen der Familie (die Zwillinge inbegriffen).

2. Mit Selbstmord schieden aus dem Leben: einer der homosexuellen Zwillingspaarlinge (Thomas), ferner ein anderer Bruder, eine mütterliche Tante und ein Vetter, der vor seinem Selbstmord seine Frau, seine Tochter und sein Enkelkind erschossen hat.

3. Als *paranoid* ist dieser Vetter zu bezeichnen, der seine Familie ausrottete und Selbstmord beging. Er war aber auch ein schwerer Sadist, der vor dem sexuellen Akt seine Frau mit feuchten Peitschen schlug.

Über die Inversion der Zwillingspaarlinge soll hier folgendes erwähnt werden: Beide waren passiv homosexuell; Johann von Anfang seines bewußten Sexuallebens an, Thomas war bisexuell. Die Inversion trat zum gleichen Zeitpunkt auf. Erwähnenswert ist der Umstand, daß Johann und Thomas, die bei mir wegen der Lähmungen in Behandlung standen, mich in derselben Woche an zwei einander folgenden Tagen wegen der Inversion aufsuchten, ohne daß der eine von dem Besuch des anderen Kenntnis gehabt hätte. Beide baten mich, ihrem Zwillingbruder ja keine Erwähnung über ihre homosexuellen Neigungen zu machen. (Siehe die ausführliche Lebensgeschichte in der «Schicksalsanalyse»<sup>2</sup>.)

Das gleichzeitige Auftreten und die Koexistenz der geschlechtlichen Inversion mit der heredo-familiären Paralysis spinalis spastica, die Häufung der Selbstmörder, ferner das Vorhandensein des Paranoid und der Perversion in der Familie begründen die Annahme einer genuinen Form der Inversion bei diesem Zwillingspaar.

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel, II. Aufl., 1948, S. 218–237. Stammbäume 28 a und b, S. 218 ff.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 220 ff.



*Fall 29. Ein konstitutioneller Transvestit.* Dieser Fall wurde ebenfalls schon in der «Schicksalsanalyse» mit Stammbaum (Nr. 27) ausführlich beschrieben<sup>1</sup>.

Der 35jährige Schokoladenfabrikarbeiter, Peter, zog mit 15 Jahren die Kleider des Dienstmädchens an und machte so die Bekanntschaft zweier Soldaten. Mit 16 Jahren begann er homosexuelle Spiele mit einem Freund und seinem jüngeren Bruder. Mit 17 Jahren versuchte er heterosexuelle Betätigung, gab sie aber mit Ekel sofort auf. Seit seinem 18. Lebensjahr verkehrte er verkehrt – zumeist in Frauenkleidern und perückenartigen Haaren – nur per anum, indem er stets die weibliche Rolle spielte. In Berlin erhielt er sich als prostituierte Frau, wobei er die Kleidung der Mutter nachahmte. Die Magnus-Hirschfeld-Stiftung gab ihm auf Grund des «homosexuellen, androgynen Transvestitismus» ein Zeugnis, das ihm zum Tragen weiblicher Kleidung ermächtigte. In Berlin wollte er sich auch einer Operation unterziehen, durch die er zur Frau würde, konnte es aber nicht durchführen. Seine Hauptzerstreuungen waren Strümpfstopfen, Staubwischen, Kehren, Einkaufen.

Aus der Pathogenese heben wir folgende Momente hervor: Der Vater, ein Zuckerfabrikant, war sehr streng zum Probanden. Der Bruder tyrannisierte ihn auch, und Peter gab an, daß er in Wien aus Rache gegen diesen Bruder als Strichjunge auf die Straße ging. Die Identifizierung mit dem Manne wurde somit durch den strengen Vater und Bruder unmöglich. Peter fühlte sich mit der Mutter identisch.

Die Hereditätsforschung beantwortet die Frage, warum Peter auf die Strenge des Vaters gerade mit einer transvestitischen Homosexualität und nicht mit einer banalen Neurose reagierte<sup>2</sup>.

1. Wir fanden sowohl auf der väterlichen wie auch auf der mütterlichen Seite *intersexuell* organisierte Familienmitglieder. Ein Bruder des Vaters (14) war ferner ein Sadist, angeblich auch homosexuell. Ein mütterlicher Onkel (18), dem der Proband äußerlich ähnlich sah, war ein unruhiger, abenteuerliebender Landstreicher und ebenfalls ein Sadist. Von Beruf Bäcker, eröffnete er dann ein Handarbeitsgeschäft und ist später verschollen. Die intersexuelle Konstitution der Familie erreichte ihre extremste Form bei einem Onkel der Mutter (7), einem echten somatischen Hermaphroditen.

2. *Narkomane* waren der Vater (15) im leichten, dessen Stiefbruder (12) im schweren Grade.

*Prostituierte* war eine Zeitlang seine Cousine (2), die Tochter des morphinistischen Stiefbruders des Vaters und dessen Adoptivtochter.

Diese genealogischen Daten, im besonderen das Auffinden eines echten somatischen Hermaphroditen in der Familie eines homosexuellen Transvestiten, sprechen eindeutig für die genuine Herkunft der Inversion des Probanden.

*Fall 30. Homosexualität und Selbstmord.* Ein Paradigma für die Häufigkeit der Koexistenz von Homosexualität und Selbstmord findet der Leser im Buch der «Schicksalsanalyse»<sup>3</sup>. Hier genügt es, die Stammbäume zu reproduzieren.

Von 29 Mitgliedern dieser Familie waren 8 manifest Invertierte und 7 Selbst-

<sup>1</sup> Ebenda: S. 210–218.

<sup>2</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., S. 211. Stammbaum 27.

<sup>3</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., S. 106–107. Abb. 10 a, 10 b.

mörder. Die Probandin (25 bzw. 24) war Psychologin und beschäftigte sich mit der Psychologie der Selbstmörder.

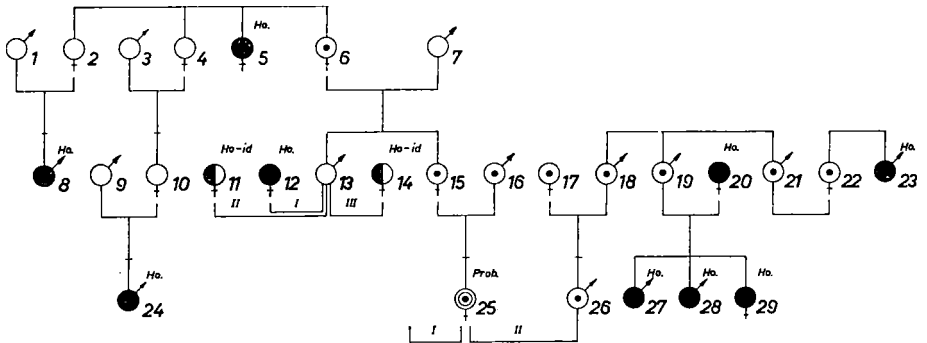


Abb. 16a zum Fall 30

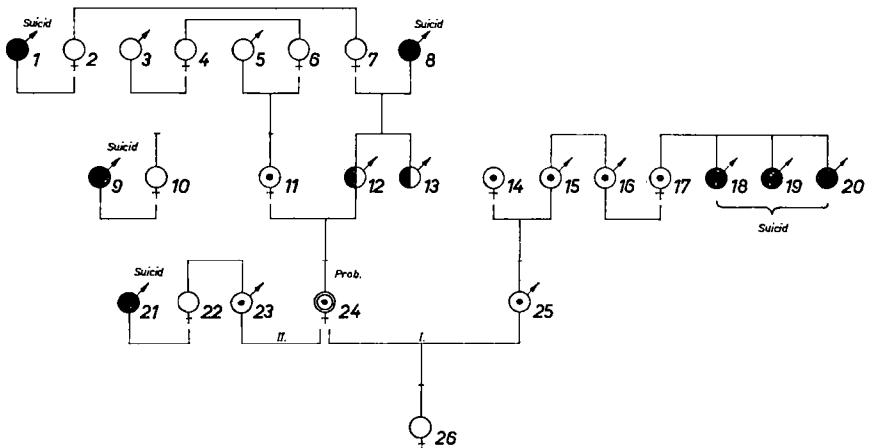


Abb. 16b zum Fall 30

*Fall 31. Paranoide Schizophrenie und manifeste genuine Homosexualität.* Der 35jährige Zuckerbäcker war wegen paranoiden Ich-Störungen und Suizidgefahr interniert. Er hatte folgende Berufe ausgeübt: Portier, Hotelangestellter, Küchenbursche, Konditor; eigentlich aber wollte er Pfarrer werden. Als 14jähriger hat er nur mit Mädchen gespielt: Puppen, Kochen, Kaufladen. Konnte sticken, nähen. Sein Wunsch war immer, eine Frau zu sein. Er hatte vor Turngeräten solche Angst, daß er deswegen nicht in die Sekundarschule ging. Im 15. Lebensjahr begann er zu onanieren, kann es seither nicht abstellen. Mit einem Mädchen sich zu küssen, verabscheut er. Das Geschlechtliche ist nebensächlich. Große, schlanke Männer ziehen ihn an. Er hatte mehrere homosexuelle Beziehungen, ist deswegen betrübt, fühlt sich abnorm. Psychiatrischer Befund: Paranoide Angstzustände;

hat Angst, daß man über ihn Schlechtes spricht, über seine Homosexualität Bescheid wisse, nach ihm spioniere. Schwere depressive Zustände, ebenfalls paranoider Natur; will sich das Leben nehmen, fühlt sich minderwertig, ist überempfindlich, weint wie eine Frau. Benötigt unglaublich viel Zärtlichkeit und Liebe.

Familienanamnese: *Vater* war Metzger, später Wirt. Der Proband wurde als Kind mit dem Vater, der auch Viehhändler war, auf den Markt mitgenommen. Da fing dieser zu trinken an. Er schlug die Kinder nie, bedrohte sie aber in der Nacht (betrunken?), daß er sie erschießen werde, so daß sie sich durch das Fenster flüchten mußten. In den letzten Jahren war er schon um 9 Uhr morgens betrunken. Er starb an Herz- und Leberkrankheit.

*Mutter* war sehr gläubig. Schrie und beklagte sich ständig; gab den Kindern keine Zärtlichkeit; litt an Kopfwegh.

*Geschwister*: 1. ♂, 42 Jahre. Hat die Wirtschaft vom Vater übernommen. Zweimal geschieden, hat zwei Kinder. Die Vormundschaftsbehörde mußte ihm später die Wirtschaft wegnehmen, jetzt ist er Portier. Droht der Mutter, daß er sie töten wird, weil das viele Beten die Familie zugrunde gerichtet habe. Er ist eifersüchtig, droht auch seiner Freundin mit Erschießen, spricht laut vor sich hin. Psychiatrische Diagnose: *Schizophrenie*. 2. ♀, 41 Jahre, hat nicht geheiratet, lebt mit der Mutter, gläubig; starke Minderwertigkeitsgefühle, wollte Hebamme werden, hat aber kein Zutrauen zu sich gehabt. 3. ♀ verheiratet, war lungenkrank und hat 15 Jahre in Anstalten verbracht. Hat zwei Kinder. 4. ♀ ist an Blinddarmentzündung gestorben. 5. *Proband*: *homosexuell und paranoid*. 6. Totgeburt. 7. ♂, 23 Jahre, Kaufmann. Ist immer unterwegs; hat viele Frauen, starker Trinker und Raucher; hängt an der Mutter.

Die genuine Herkunft der Homosexualität wird in diesem Fall einerseits durch die paranoide Schizophrenie des Bruders, andererseits durch das fast gleichzeitige Auftreten der Inversion und des Paranoids beim Probanden begründet. Hier müssen aber auch persönliche, frühkindliche Erlebnisse mitgespielt haben. Dem Patienten war ja die Identifizierung mit dem Trinkervater und dem rabiaten Bruder unmöglich. Gegen die Annahme, daß die paranoide Schizophrenie mit der Verdrängung der Homosexualität zusammenhänge (S. FREUD), spricht die Gleichzeitigkeit im Auftreten der *manifesten* Inversion und der paranoiden Ich-Störung, eine Koexistenz, die wir bei den genuinen Homosexuellen oft antreffen (vgl. hierzu Fälle 1, 2, 6).

*Die Homosexualität ist u. E. ein konstitutioneller Bestandteil der paranoiden Existenz.*

*Fall 32. Genuine Epilepsie mit Inversion* (Fall von E. STUMPER, Ettelbrück, Luxemburg). Der 28jährige, leicht debile genuine Epileptiker fällt in der Anstalt durch seinen klebrigen, lästigen, alles kritisierenden Charakter auf. Er will den Sittenrichter spielen und ist dabei selber manifest homosexuell. Die Ergebnisse der EEG: Elektrische Krisen, rascher Rhythmus, Übervoltage und auch Theta-Wellen.

*Fall 33. Ein psychopathischer Homosexueller* (Fall von H. ELLENBERGER, Breitenau, Schweiz). Der 29jährige Buchbinder wollte in seiner Jugend Missionar werden. Er trat mit 16 Jahren in die Heilsarmee ein, als deren begeisterter Anhänger er sich erwies. Mit 23 Jahren wurde er aber wegen wiederholter Diebstähle,

Fälschung von dienstlichen Aktenstücken und Verletzung der Militärgeheimnisse verurteilt und als «infantiler, haltloser homosexueller Psychopath» unter Vormundschaft gestellt. Sowohl die Kriminalität wie auch die Inversion fußen auf der gleichen gemeinsamen Basis seiner Psychopathie.

### Experimentelle Strukturanalyse invertierter Männer

Die experimentelle Trieb- und Ich-Diagnostik ermöglicht es, erstens die Sexualstrukturen und zweitens die Sozialstrukturen sowohl individuell wie auch gruppenweise festzustellen.

#### 1. Die Sexualstruktur der invertierten Männer

Es wurden nach der sogenannten «Dur-Moll-Methode»<sup>1</sup> die männlichen (Dur-) und weiblichen (Moll-) Proportionen der Psychosexualität an 128 Archiv- und 20 eigenen Fällen, insgesamt von 148 männlichen Invertierten, von ULRIKE STUDER-SALZMANN festgestellt. Der Sexualindex wird durch den Durindex, d. h. durch die proportionale Größe der männlichen Reaktionen, ausgedrückt. Dieser beträgt bei gesunden, schwere körperliche Arbeit leistenden Männern (Bergarbeitern)<sup>2</sup>: 66,4%. Er sagt aus, daß sich die psychosexuellen Proportionen des Alltagsmenschen wie folgt gestalten:

$$66,4\% \text{ ♂} : 33,6\% \text{ ♀} = 2 \text{ ♂} : 1 \text{ ♀}$$

Nach den Berechnungen von STUDER-SALZMANN<sup>3</sup> steht der Gruppensexualindex von 128 manifesten Homosexuellen des Archivs signifikant tiefer:

$$47,2\% \text{ ♂} : 52,8\% \text{ ♀} = 1 \text{ ♂} : 1,1 \text{ ♀}$$

Die weibliche Moll-Natur der passiv Invertierten kommt aber klarer zum Vorschein, wenn man bedenkt, daß 49,22% aller homosexuellen Männer Dur-Indices unter 50% Männlichkeit lieferten, hingegen die gesunden Bergarbeiter nur in 18%.

Für die analytische Praxis sind die individuellen Sexualindices eben darum von Wichtigkeit, weil sie dem Therapeuten einen objektiven Bericht über die Psychosexualität der Analysanden liefern, die sich des öfteren in den subjektiven Mitteilungen, ja sogar eine Zeitlang auch in den Träumen polar entgegengesetzt gestalten kann. So hat z. B. der 32jährige Bankprokurist, dessen Analyse wir ausführlich bringen werden (Fall 3), über ein Jahr hindurch ständig nur über seine sadistischen, ja sogar lustmörderischen Onanie- und Traumphantasien berichtet. Erst im zweiten Jahr der Analyse wurde ihm bewußt, daß er im Grunde homosexuelle Ansprüche hegt. Sein Sexualindex, den wir noch vor dem Beginn der Analyse berechneten, betrug den Wert: 24,4% Dur (zu 75,5% Moll). Wir wußten also schon vom Beginn der Analyse an, daß hier die Homosexualität verdrängt und von den Sadismen überdeckt wurde.

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, II. Aufl., 1960, S. 334-344.

<sup>2</sup> Das Testmaterial verdanken wir Herrn Dr. H. DREYER, Nürnberg.

<sup>3</sup> STUDER-SALZMANN, U.: Sexual- und Sozialindex in der Psychopathologie auf Grund des Trichlinnäus-Archives. Beiträge zur Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals. Szondiana III. Bericht über das II. Kolloquium der Internat. Forschungsgemeinschaft für Schicksalspsychologie. Huber Bern und Stuttgart, 1962, S. 202-212.

Man kann mit Vorsicht die Sexualstruktur der Invertierten – unter Umständen – auch ätiologisch auswerten. Die extreme Verschiebung der psychosexuellen Proportionen in der weiblichen Moll-Richtung (Sexualindex unter 30% Dur) stellt eine besondere Spaltungsart des Ichs dar, bei der die Legierung der weiblichen und männlichen Potenzen im Sexus unmöglich wird, da die Spaltung zwischen dem männlichen M-Ich und dem weiblichen F-Ich konstitutionell unüberbrückbar ist. Dies wird aus der Tab. 8 ersichtlich. Oft finden wir in diesen extremen Fällen von genuinen Invertierten auch andersartige Spaltungserscheinungen, die sich zu meist in schizoförmigen Ich-Störungen manifestieren. Aus diesem Grunde halten wir es für möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß *die genuin Invertierten eigentlich als hereditär ich-gestörte Individuen gelten müssen*, die auf Grund ihrer Konstitution unfähig sind, das männliche Dur-Ich mit dem weiblichen Moll-Ich zu legieren. Sie sind eben nur im geschlechtsgebundenen Ich gespalten, ohne in toto schizophoren zu sein.

## 2. Die Sozialstruktur der invertierten Männer

Die Stellungnahme in der Frage, ob die Homosexualität eine gemeingefährliche, strafbare soziale Abnormität oder aber eine sozial ungefährliche, rein persönliche Angelegenheit des Individuums sei, ist in der Gegenwart von Volk zu Volk verschieden. Nach HERBERT MARCUSE soll die Fortpflanzung, Erhaltung und Vermehrung der Gattung die erste natürliche Funktion des sozialen Daseins darstellen<sup>1</sup>. In diesem Sinne sind die Invertierten in ihrem Verhalten sicher nicht sozialisiert. Es gibt aber gar manche Männer, die diese natürliche Sozialfunktion auch nicht ausüben, ohne zugleich invertiert zu sein. Wir sind in der Lage, die Frage mit Hilfe des Testes bzw. mit der Berechnungsmethode des «Sozial-Indexes»<sup>2</sup> etwas globaler zu beantworten. Es ist gelungen, auf Grund des Testes 32 sozialpositive und 32 sozialnegative Reaktionen zu agnoszieren und festzustellen, daß im Sozialindex die Größe von 40% sozialpositiver Reaktionen die kritische Linie in bezug auf das allgemeine soziale Verhalten darstellt. Nach den Berechnungen von U. STUDER-SALZMANN beträgt der Gruppensozialindex der 128 männlichen Invertierten 39,09% Sozialpositivität, d. h. er steht eben auf der kritischen Grenzlinie. Der Sozialindex von 50 Bergarbeitern erreicht 44,64% Sozialpositivität. Er ist somit nur etwas größer als der der Homosexuellen. Der Gruppensozialindex von 25 Lehrern erreicht allerdings die Höhe von 48,12% Sozialpositivität. Wenn wir somit die Soziabilität der Invertierten mit diesem experimentellen Maßstab messen, so dürfen wir vorderhand nur die Tatsache betonen, daß die invertierten Männer an der Grenzlinie stehen. Wir haben indessen keinen Grund, bei ihnen von einer allgemeinen Sozialnegativität zu sprechen. Wir müssen vielmehr den Sozialindex von Fall zu Fall berechnen, um das soziale Verhalten des Einzelnen beurteilen zu können. Eine Verabsolutierung der Sozialnegativität der Homosexuellen ist u. E. unberechtigt.

---

<sup>1</sup> MARCUSE, H.: Autorität und Familie in der deutschen Soziologie bis 1933. Im Sammelbuch «Autorität und Familie» aus dem Inst. f. Sozialforschung Bd. V. V. F. Alcan, Paris, 1936, S. 745 ff.

<sup>2</sup> Siehe: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. II. Aufl., 1960, S. 345–354.

## Analytische Behandlung eines submanifest homosexuellen Mannes

### *Fortsetzung des Falles 3 (aus dem Kapitel III<sup>1</sup>)*

*Pathogenese:* Der 32jährige Bankprokurist kam aus Süddeutschland in die Sprechstunde, weil er sich nicht im klaren war, was mit ihm eigentlich los sei. Im Schulalter litt er darunter, daß er körperlich der Schwächste war. Mit den Jahren wuchs in ihm der Wunsch, der Stärkste zu sein. In der Pubertät wandelte sich dieser Wunsch derart um, daß er den starken männlichen Körper sexuell anziehend fand. Mit 13 Jahren las er nämlich in einem Buch «Das neue Universum» eine Geschichte mit dem Titel «Der starke Mann», in dem ein Matrose mit einem Strick um den Hals abgebildet war, den rechts und links mehrere Männer mit aller Kraft zogen. Der Matrose hatte aber so starke Halsmuskeln, daß sie ihm trotzdem nichts antun konnten. Mit dem Bild dieses «starken Mannes» begann er zu onanieren. Dann fing er an, selber ringende Männerkörper, zumeist Boxer, zu zweit oder als Einzelperson, zu zeichnen und sich damit sexuell zu reizen. Die Zeichnungen dieser Boxer fand er mit 17 bis 18 Jahren zu dumm und stellte sich eine Polizeischule mit ringenden Polizisten vor. Besonders erregte ihn eine Szene aus einer illustrierten Wochenschrift, in der die Polizeirekruten über spitze Bajonette springen mußten. Nebenbei reizten ihn auch griechische Athletenstatuen, vor allem Ring- und Faustkämpfer. Bei der Onanie schaute er sich diese Kämpfer in den Büchern an. Bis zum Tode des einen Kämpfers ließ er es in seiner Phantasie nie kommen und begnügte sich mit der Niederlage, der Verletzung und Ohnmacht des Bekämpften. Erschien ihm der Tod dennoch in der Phantasie, so verschwand plötzlich die Lust. Die gezeichneten oder abgebildeten Kämpferfiguren nahmen mit 20 Jahren lüsterne Züge an. Seine Mutter schien die Rolle dieser Art von Büchern bei ihm zu ahnen, denn zwei seiner geliebtesten Bücher («Anleitung zum Turnen» und «Kraftvolle Männerkämpfe») verschwanden eines Tages aus seinem Bücher-schrank. In den Zwanzigerjahren wurde ihm plötzlich bewußt, daß die Beziehung zum Du, besonders zur Frau, fehlte. Obwohl er schon mit 18 Jahren ein Mädchen als sein Ideal betrachtete, traute er sich nie, sich ihr zu nähern. Auf der Universität trat er in eine Studentenverbindung ein. Hier wählte er sich zwei Leibburschen, von denen er erst später erfuhr, daß *beide homosexuell* waren. Zu dieser Zeit begann er, stets auf das Prinzip des Helfens zu pochen und versuchte in der Tat, ihnen zu helfen. (Den einen brachte er selber zu einem Psychiater).

Der Sog dieser Freundschaften war aber so stark, daß er sich bald gezwungen sah, zurückzutreten. Im 25. Lebensjahr war er zum zweitenmal in ein Mädchen verliebt, das aber schon verlobt war. Von da an hegte er nur intime Freundschaften mit etwas jüngeren Männern, die er stets sorgenvoll bemutterte. Zu einem manifesten Verkehr kam es dennoch nie. Nur während der Analyse balgte er sich mit einem Freund. Frauen waren für ihn in den letzten sechs Jahren völlig reizlose Objekte. Er fühlte sich ihnen gegenüber ganz blockiert.

Aus der Pathogenese heben wir noch folgende Momente hervor: Als er sechs Jahre alt war, kam die Mutter in dem Augenblick ins Zimmer, in dem er dem jüngeren Bruder zeigen wollte, wie man sich selber Lust zu schaffen vermag. Die Mut-

---

<sup>1</sup> Der Fall wurde im Kapitel III zur Demonstration der agierenden, verbalen Wiederholungen schon kurz dargestellt. Hier folgt die Erörterung der Pathogenese, Ätiologie und der analytischen Therapie.

ter verbot ihnen dies streng. (Im Traum 226 erscheint sie als Aufpasser in Form eines Wolfshundes.) Oft spielte er in der Kindheit das sogenannte «Mutterspiel», bei dem er den um vier Jahre jüngeren Bruder, der sehr schwach und krank war, aufhob und in den Armen trug, wie er es bei der Mutter sah. Aus dem Traum Nr. 226 erhellte, daß dieser Bruder als Urojekt für seine späteren Beziehungen zu Knaben diente, die er sorgenvoll bemutterte. – Der Vater hatte nach dem zweiten Krieg große Schwierigkeiten, die Familie zu erhalten. Dadurch entmutigt, wurde er immer passiver, und die Mutter begann in der Familie die Vaterrolle zu spielen. Sie verwandelte sich allmählich in eine unzufriedene, ewig hastig schaffende masochistische Person mit Putzzwang, die für ihre Kinder nie Zeit hatte. Einmal nach einem heftigen Streit mit ihrem Mann lief sie von zu Hause weg. Der Analysand, der damals in der Pubertät stand, lief ihr nach und traf sie weinend an. Von da an verlor der Vater völlig seine männliche Rolle in der Familie. Der Analysand wurde Mitwisser und Vertrauter der mütterlichen Sorgen; so kam es, daß er sich allmählich völlig mit der Mutter identifizierte und sie – wie auch seine Freunde – bemutterte. Die Vater-Identifizierung blieb somit aus.

Die Kontaktschwierigkeiten des Patienten Frauen gegenüber fußen einerseits auf der – wegen Inzestliebe – gehemmten Bindung an die Mutter, andererseits auf traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. Im besonderen wirkte auf ihn, daß er wegen eines Photos, auf dem er als Bräutigam und sein Schulschatz als Braut abgebildet waren, in der Schule ausgelacht wurde. Als eine ähnliche Schande empfand er mit 21 Jahren, daß ein Mädchen ihn mitten im Tanz stehen ließ. Diese Blamage wirkte tief nach. – Zur Universitätszeit kamen wegen der nächtlichen Verbindungssitzungen schwere Konflikte mit der Mutter, die er anfang zu hassen, da sie ihm in seinem Kampf, sich von ihr zu befreien, im Wege stand. Es endete damit, daß er kurz nach Abschluß seiner Studien von zu Hause wegzog. Kaum hatte er sich – wenigstens äußerlich – von der Mutter getrennt, da führte ihn ein heißgeliebter Freund von der Studentenverbindung in seine eigene Familie ein, die ihn als Sohn aufnahm. Bald wurde er der – von ihrem Mann betrogenen – Mutter des Freundes derselbe Sorgenanhörer, Ratgeber und Ritter wie einst seiner Mutter. Diese Ersatzmutter hing so an ihm; daß er in bezug auf die Mutterbindung vom Regen in die Traufe gelangte. Diese Familie war aber im besonderen deshalb verhängnisvoll für den Analysanden, weil er sich zuerst in den ältesten, nach dessen Heirat in den jüngeren Sohn so sehr verliebte, daß sein Zustand – der unbefriedigten Sexualität wegen – ihn fast an die Grenze einer Psychose führte. (Zum Traum Nr. 192 fing er von Spaltung und Schizophrenie zu sprechen an.) Die Wahl zweier homosexueller Leibburschen in der Studentenvereinigung, später die Bindung seines homosexuellen Chefs an ihn, waren die letzten Erlebnisse, die ihm eine solche Angst einjagten, daß er vollständig blockiert – sowohl Frauen wie Männern gegenüber – sich in die Analyse flüchtete. Die extrem starke Mutterbindung, die Haß-Liebe-Beziehung zur Mutter, die invertierte Rolle der Eltern in der Familie und infolgedessen die invertierte Identifizierung mit der Mutter, die Tradierung der Bemutterung auf den Bruder, später auf junge Freunde, die unbewußten Freundschaftswahlen von homosexuellen Personen, das traumatisch wirkende Ausgelachtwerden von den Kameraden in der Kindheit, weil er eine Braut hatte, sind fast ubiquitäre Momente in der Entstehungsgeschichte von Invertierten.

*Die hereditäre Ätiologie* konnte bei dem Analysanden nur in der Berufswahl seiner

väterlichen und mütterlichen Familienmitglieder Anlässe zu einer Inversion aufweisen. (Siehe Abb. 17).

1. Der mütterliche Großvater war *Schneider* (6). Der Vater (9) des Probanden wollte Schneider werden, wurde aber gezwungen, Berufsoffizier zu sein wie sein Vater (3). Schneiderinnen waren ferner zwei Schwestern der Mutter (17 und 18), eine andere wurde Modistin (22).

2. Eine andere Schwester der Mutter war *Coiffeuse* (11), Coiffeurmeister deren Mann (12) und Sohn (27). Von 35 Familienmitgliedern des Probanden wählten somit sieben Personen Berufe, die wir bei Invertierten selber und in deren Familie des öfteren finden<sup>1</sup>.

Aus der bekannten Koexistenz von Inversion und Paranoid folgt, daß in den Familien von Invertierten häufig «projektive» Berufe zu finden sind<sup>2</sup>. Der Bruder (26) des Probanden ist Psychiater an einer Klinik in München, dessen Frau Psychologin (25) wie auch die mütterliche Tante des Patienten (8). Eine Schwester der Mutter war Anthroposophin (13), stand also in einer ebenfalls projektiven und inflativen geistigen Orientierung.

Die Erbanalyse der *Krankheitsformen* in der Familie des Analysanden wies hingegen *nichts* Spezifisch-Homosexuelles auf. Eher finden wir hier *paroxysmale* Erscheinungen. So war der eine Bruder (26) in der Jugend Asthmatiker, der andere (24) Auswanderer (Ausreißer). Auch der väterliche Großvater (3), ein Ausreißer aus der Familie, ging nach Frankreich und wurde Oberleutnant in der Fremdenlegion. Dieser erlitt später einen Nervenzusammenbruch mit Depression. Auch die Mutter des Probanden weist neben Putzzwang depressive Züge auf.

Im *Charakter* der Familie dominiert die Strenge und Pedanterie. So war der Urgroßvater (1) ein brutaler Haustyrann, der seinen Sohn täglich mit einer Peitsche schlug, bis dieser dann mit 18 Jahren von zu Hause ausriß (3) und in die Fremdenlegion eintrat. Harte, männliche Züge weist auch die Mutter (10) auf. Der Vater des Probanden, ein gewesener Berufsoffizier (9), konvertierte seine Aggressionen in eine Messerphobie und einen entsprechenden Zwang: er mußte alle Messer, die er im Hause fand, zwanghaft wegräumen. Die Chronik dieser Adelsfamilie erzählt, daß ein verkommener Ahn einen Bauern auf dem Felde tötete, ferner, daß zwei einander liebende Ritterbrüder sich gegenseitig in einem Degenduell töteten (siehe später). Auf der anderen Seite aber finden sich weiche, morbide Charaktere. So der Vater in den älteren Jahren (9), ferner der Schneider-Großvater und die Schneiderinnen wie auch die Coiffeuse und der Coiffeur in der Familie der Mutter. Der Analysand selber trägt einen hyperpedantischen, charmanten, dennoch analsadistischen Charakter zur Schau, der aber auch eine religiös-gefärbte Weichheit durchschimmern läßt.

Die Hereditätsanalyse spricht somit nur in den Berufswahlen der Familienmitglieder für die Möglichkeit einer konstitutionellen Inversion, dagegen in den Krankheitsformen nicht. Dieser Umstand, im besonderen aber die für die Invertierten charakteristische Pathogenese, bestärkt in dem vorliegenden Falle die neurotische Psychogenese der Inversion.

Aus den Ergebnissen der experimentellen *Strukturanalyse* heben wir folgende Daten hervor:

<sup>1</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., S. 337, Tab. 16.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 303, Tab. 14.



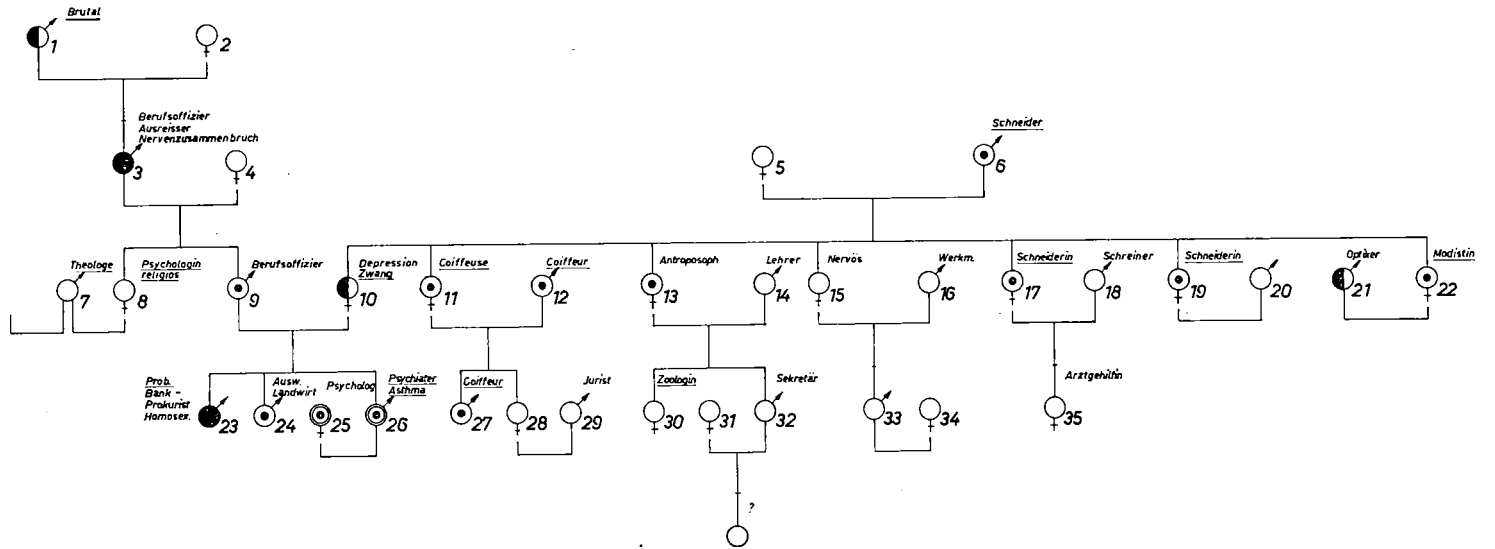


Abb. 17. Stammbaum zum Fall 3

1. Der *Sexualindex* spricht am klarsten für den ungewöhnlichen Grad der Inversion: 24,4% ♂ *Dur* zu 75,5% ♀ *Moll*.

2. Der *Sozialindex* liegt unter der kritischen Grenze (40%), er beträgt 24,4%. Dies könnte als ein Hinweis auf seine übertriebene narzißtische Ich-Bezogenheit und Kontaktblockierung ausgelegt werden. Seine sogenannte «bemutternde» Haltung den jungen Freunden gegenüber fußt u. E. nicht auf einer humanitären Basis, sondern auf der der sexuellen Inversion. Auch die Träume des Analysanden decken seine verdrängten sadistisch-mörderischen Sexualansprüche auf (vgl. hiezu Träume Nr. 65, 144, 152).

3. Die *persönliche Existenzskala* weist eine Existenzgarbe auf, in der die hysteriforme und epileptiforme Anfallsneigung, die tötende Gesinnung, ferner der depressive Narzißmus dominieren. Erwähnenswert sind noch die Existenzmöglichkeiten zum Paranoid und zur Irrealität, zur Hypochondrie und natürlich zur männlich-aktiven Homosexualität. Diese Skala von Existenzmöglichkeiten ist für männliche Invertierte charakteristisch. Die prognostische und soziale Bewertung nach A. BEELI erlauben die Hoffnung auf einen guten Abschluß der Analyse.

Die *analytische Behandlung* dauerte 22 Monate, und zwar wöchentlich nur zwei Stunden, da der Analysand aus Süddeutschland nach Zürich kommen mußte. Die Analyse wurde häufig durch vier bis sechs wöchentliche Geschäftsreisen unterbrochen. Insgesamt wurden 241 Träume ausgelegt. Die Psychoschockmethode gebrauchte ich nur einmal (siehe später Traum Nr. 152).

Der Initialtraum lautete: «Ich wohnte allein im Parterre eines Hauses, welches zwei Eingänge hatte. Eines Tages war der Filmschauspieler X bei mir zu Gast. Wir hatten eine sehr herzliche und warme Unterhaltung. Sein Kopf und sein Gesicht waren ganz blau. Ich studierte unaufhörlich daran herum, ob dies nur eine besondere Lichtreflexion oder aber die eigentliche Hautfarbe sei. Mit der Zeit hatte ich das Gefühl, mein Gast interessiere sich nicht mehr für mich, legte mich auf die Couch und schlief ein, wobei ich zuletzt noch einmal daran dachte, mich Herrn X eigentlich widmen zu müssen.

Mein Bruder Y, Herr Z, mein Chef und ich betraten miteinander das Haus durch die üblicherweise benützte hintere Türe. Vor dem Eintritt bemerkte ich die vordere Türe und dachte bei mir, daß ich diese in Zukunft eigentlich in vermehrtem Maße benützen könnte. Der Weg sei dann nämlich kürzer. Nach kurzer Zeit trat Z, mein Chef, ins Zimmer ein, bekleidet mit einem braunen Morgenrock, und warf sich ohne weiteres Fragen auf mein breites, türkisches Bett und räkelte sich dort zurecht. Sein Kopf war stark gerötet, er bemerkte, daß er Fieber habe. Ein wenig erstaunt über die Nonchalance seiner Handlungsweise, fragte ich ihn doch, ob ich ihm irgendwie helfen könne. Er bat, ihn lediglich in Ruhe zu lassen, und warf mir zum Dank und zur Unterhaltung eine Zeitschrift mit einem neuen Flugzeug auf der Titelseite und eine Kartonschachtel mit ungewöhnlich großen, zum Teil weißen Pralinés, hin. In dem Moment stand auch mein Bruder neben mir, begehrllich auf die Pralinés. Meiner Bitte, zuerst Herrn Z anzubieten, willfahrte er gerne, wobei mir seine schmalen, fast weißen und feinen Hände auffielen, die so gar nicht zu einem Schwerarbeiter paßten. Daraufhin hielt ich Y die Schachtel zur Auswahl hin, ordentlich lange, da er sich trotz griffbereiter Hand und zugespitzten Fingern nicht entscheiden konnte, welches der Stücke er herausnehmen wollte. Da schauten wir uns an und lachten aus vollem Herzen; denn schon als kleiner Bub zauderte mein Bruder ungewöhnlich lange, wenn es etwas auszulesen gab.»

Der Analysand gab zu diesem Traum folgende Einfälle:

«*Dunkler Eingang*»: «*Kühle*, man muß sich gewöhnen . . . Es ist das Unbekannte, die Erwartung . . .» «*Der hintere Eingang*»: «der liegt mehr im Schatten, der vordere ist ein Trugeingang, der hintere ist bescheidener, nicht so schön wie der vordere, aber mehr benützt . . .» «*Hinten*»: «Ferne, weitweg, abseits vom Verkehr, ruhig, geborgen.» «*Verkehr*»: «Ein Greuel, eine Unruhe, Hitze, Sinnlosigkeit, der ganze Verkehr ist ein Produkt des Wahnsinns, dem ich aus dem Wege gehe. Ich meide die Verkehrsstraßen . . .» «*Der vordere Eingang*»: «Der ist normalerweise verschlossen und nur an Festtagen offen, den zu beschreiten bedeutet ein

Privilegium. Die Innenseite der Türe entspricht nicht der Außenseite, die Fassade ist gewollt . . . » (Hier spricht das Unbewußte klar die Inversion aus. Natürlich schwiegen wir uns über diese Sinngebung tief aus.) «*Herr X*»: «Er ist groß und stark. Mir war peinlich, mit ihm Velo zu fahren, durch fremde Kraft gezogen zu werden. Wir schliefen einmal mit acht oder neun Jahren im selben Zimmer, und mir war es peinlich, ihn halbnackt sich waschen oder turnen zu sehen . . . Seine Stärke hat sich tief in mich eingepägt . . . » «*Haus mit zwei Eingängen*»: «Das bedeutet, daß mein Ich heimlich zu gewissen Dingen Zugang hat, die man direkt von vorne sich nicht traut einzusehen. Ich traue mich nicht, etwas direkt anzupacken, muß innere Umwege machen. Ich weiß, daß es ein Umweg ist, bin aber berechtigt, ihn legitim zu machen.» «*Umweg*»: «Wenn ich vorne nicht eintreten kann, dann trete ich hinten ein, auch wenn es beschämend ist. Das Immerbenützen des hinteren Eingangs wird mir mit der Zeit immer vertrauter . . . Bei der Onanie ist es dasselbe. Die Onanie ist die hintere Türe . . . weil die vordere Türe verschlossen ist: die Türe zur Frau.» «*Herr X*»: «Er war bei mir in der Seele drin . . . Er hat mich fasziniert . . . Er war der erste junge Mann, den ich unbekleidet gesehen habe . . . Eindrücklich und doch unbehaglich . . . eine aufdringliche Nähe eines anderen Körpers, der mir zu nahe und widerlich ist . . . ».

In diesem Initialtraum deckt das Ubw fast die ganze Pathogenese seiner Inversion mit den wichtigsten Bezugspersonen auf. Y ist der Bruder, das Urojekt der späteren «Mutterspiele» mit den jungen Männern. Diesen Bruder hat er schon als Kind bemuttert. X war der erste starke Mann, den er mit acht bis neun Jahren halbnackt sich waschen und turnen sah. Z ist sein derzeitiger Chef, der manifest homosexuell ist. Der Analysand selber stellt in den Einfällen fest, daß die vordere Tür, nämlich die zur Frau, für ihn geschlossen sei. Darum ist er gezwungen, quasi legitim, die hintere Türe, d. h. die der Onanie, zu benützen. Trotz dieser klaren Sprache des Ubw bleibt sein analsadistischer Anspruch auf den Mann (der hintere Eingang) weiter verdrängt. Wir mieden natürlich jeglichen Hinweis auf die Verdrängung der analen Homosexualität. Wir mußten sehr lange warten, bis der Analysand selber seine Homosexualität entdecken konnte.

Im Traum Nr. 6 kommt zum erstenmal der Inzest- und Schauwunsch zum Vorschein. Der Analysand möchte draußen vor der Türe stehen und von dort zusehen, was sich da drinnen abspielt. Im Traum gibt es einen falschen Feueralarm, irgendwo brennt es, und man sollte löschen, aber es gibt nichts, was brennt und was man löschen sollte. Der ganze Traum hat etwas Unbefriedigendes. Die Assoziationen führen zur Mutter. Auch Eifersuchtsträume auf den Bruder und typische ödipale Kämpfe mit dem Vater tauchen auf. Dann kam Traum 10, in dem wieder die latente Homosexualität durchbricht – ohne jede Einsicht in die eigene Inversion. Der Traum lautet:

Traum 10. «In einem asiatisch-indischen Restaurant saß ich in einem Winkel. Neben mir saß ein junger, sehr schöner Asiate, von auffallend heller Hautfarbe. Wir waren beide nur mit einem Lendentuch bekleidet. Ich wußte, daß der Asiate einen häßlichen, ebenfalls im Lokal anwesenden Zwillingbruder hatte, der von Zeit zu Zeit auftauchte und mich haßerfüllt betrachtete. Mit dem schönen Asiaten verstand ich mich besser und besser, wir umschlangen uns, hielten Wange an Wange und empfanden die Vertraulichkeit und Wärme als unbeschreiblich süß. Zwar wußte ich, daß etwas Falsches daran war, und daß ich vor allem diesen Asiaten nicht bedrängen und ja nicht mißbrauchen durfte. Ich lockerte deshalb die Berührung mit ihm mehr und mehr und saß am Schluß getrennt neben ihm, wobei wir uns gerade so gut verstanden wie vorher. Da tauchte plötzlich sein böser Bruder auf und warf zu dreien Malen durch das Lokal ein Messer nach mir. Ich war davon überzeugt, daß er mich nicht treffen würde, obwohl das Messer mit

großer Geschicklichkeit, um nicht zu sagen Kunst, geschleudert wurde. Die Messer blieben denn auch in der Wand in meiner Nähe stecken. Ich bahnte mir daraufhin einen Weg über die Tische und Stühle, um den Messerwerfer zu packen.»

Dieser Traum war wenige Tage nach der Ermordung eines homosexuellen Mannes durch einen Strichjungen mit einem Messer geträumt. Er sieht den Sinn des Traumes ein, daß er seine Ansprüche auf die Onanie erdolchen sollte. In den nachfolgenden Stunden kommen teils Inzest-Abwehrträume, teils Angst vor dem Chef, der homosexuell ist. Obwohl der Patient von der Homosexualitätsangst spricht, war er immer noch unfähig, seine eigenen invertierten Ansprüche auszusprechen und anzunehmen.

Inzwischen hatte er in den Stunden die bereits erörterte (Kapitel III) besondere Form von Agieren entwickelt. Sie bestand darin, daß er, anstatt sich zu erinnern, lange philosophisch-moralisierende und religiöse Betrachtungen über das Wesen der innigen Freundschaft zwischen Männern, über Religion und Bibelauslegung führte, Betrachtungen, mit denen er fast die Hälfte, oft sogar die ganze Stunde ausfüllte. Wir hörten diese Betrachtungen völlig passiv über ein Jahr an.

Inzwischen kam der Traum Nr. 65, in dem der Analysand einer nicht ganz jungen Frau mit einer Spritze durch die Scheide ins Herz gestochen hat. Der Traum lautete:

«An eine Säule gelehnt saß Frau X da. Plötzlich war sie dahingerafft und gestorben, weil ihr jemand heimtückischerweise und ohne daß sie etwas bemerkte, von unten her den Leib durchbohrte. Um sie am Lärmschlagen zu hindern, drückte man ihr ferner den Hals zu.»

Nun die Einfälle:

*Ich:* «Eine Säule.» *Er:* «Griechenland, Land der *sittlichen Freiheit* . . . dort gibt man sich am ‚ungezwungensten fröhlich . . .‘ ohne zuerst denken zu müssen, ‚spontan . . .‘ Immer ist auch eine Schattenseite da, ob man nicht verletzt – oder sich zu sehr zeigt und dann verletzt wird. Am Schluß kommt die dosierte Spontaneität heraus, die ich nicht möchte.» *Ich:* «*Sittlich*.» *Er:* «Die Schranken, die man sich selbst setzt . . . *man weiß, daß man es möchte und doch nicht tut* . . . Nehmen Sie eine Frau. Man sei verheiratet, begehrt eine andere Frau . . .» *Ich:* «*Frau X*.» *Er:* «Das ist eine sehr temperamentvolle, lebenslustige Frau in meiner Abteilung, mag etwa 40 Jahre sein . . . Ist geschieden, hat zwei Buben, einen Freund, und was wir in den letzten Stunden über vorehelichen Geschlechtsverkehr sprachen, überlegte ich mir am Beispiel dieser Frau X. Denn sie wäre – wenn ich das suchte – die geeignetste Partnerin. Macht nicht viel Federlesens, steht mit beiden Beinen auf dem Boden. Nicht sehr intelligent, aber sie packt mit Spürsinn die Fragen an. Instinktiv merkte sie, daß jetzt die Luft in der Abteilung wechselt und stellte sich auf die neue Atmosphäre ein. Sie ist eine blühende, lustige Frau, der alle Schicksalsschläge nichts von ihrem Temperament geraubt haben. So stelle ich mir die Russinnen vor. Heute morgen war sie lange bei mir und erzählte viel über ihre Buben, ihre Sorgen und Freuden . . . Es wundert mich nicht, daß sie im Traum erscheint, weil sie als Exempel für die freie voreheliche Liebe figuriert. Ob ich nicht zu ihr, einer erfahrenen Frau, in die Schule gehen sollte. Ein Beweis, daß meine Widerstände an Intensität verloren haben. Das freut mich – trotz dem Inhalt des Traumes ‚plötzlich war sie hingerafft und gestorben‘. Ich sah sie nicht tot, wußte nur, daß sie es war.» *Ich:* «*Hingerafft*.» *Er:* «Etwas hat das mit Raub zu tun.» *Ich:* «*Raub*.» *Er:* «Ein brutales Zerstören oder ein brutaler Einbruch in eine

friedliche Welt.» *Ich*: «*Einbruch.*» *Er*: «Anwendung von Gewalt, das verabscheue ich, Gewalt ist das Zeichen des Falschen . . .» *Ich*: «*Von unten her heimtückisch wurde sie durchbohrt.*» *Er*: «Zum Beispiel eine Spritze mit sehr dünner Nadel, mit der man ein Organ anstechen kann. Zum Beispiel ich töte ein Muscheltier im Wasser, das ich zwischen den Schalen zutode steche. Eine dünne Nadel durch die Vagina bis ins Herz stechen, wie mit einem Florett . . .» *Ich*: «*Dünne Nadel.*» *Er*: «Gefährlich, Stich . . . Schmerz . . . Blut, besonders gefährlich fürs Auge. Da hatte Vater uns eine fürchterliche Angst eingejagt. Vater sagte: ‚Nie eine Schere gegen die Augen richten.‘» *Ich*: «*Auge.*» *Er*: «Verwundbar, und zwar etwas, was nicht mehr heilt . . . Auch die Entstellung, wenn ein Auge fehlt . . .» *Ich*: «*Vater.*» *Er*: «Er konnte kein Bild schief hängen sehen.» *Ich*: «*Schief.*» *Er*: «Ja . . . störend.» *Ich*: «*Störend.*» *Er*: «Wenn es nicht sein muß, dann nicht . . .» *Ich*: «*Wenn die Nadel durch die Vagina bis ins Herz sticht.*» *Er*: «Irgendwie habe ich noch die Idee, daß das Eindringen in die Vagina etwas Tödliches an sich habe . . . Tödlich für was? Vielleicht wäre das das Ende gewisser Idealvorstellungen, die ich mir von der Frau mache . . . Eine Wahrnehmung, ein Abschrecken, das zu tun . . . Jahrelang vor der Analyse machte ich mir von der Frau ein Idealbild. Jetzt weiß ich, das war eine Illusion, und heute habe ich ein wirklichkeitsnäheres Bild von der Frau. Früher war es eine Schicksalsgemeinschaft ohne Sexus; das Aneinander-Freude-Haben war nicht da, war ein Tabu. Der Traum zeigt die Weiterentwicklung. Wenn es in die Vagina geht, dann entfallen die Bilder über die Frau . . . Das beunruhigt mich nicht. Aber, ob hier im Traum nicht eine Perversion drin steckt? Irgendein Wunsch, diese Frau, die das Liebesobjekt ist, tot zu sehen, aber nicht sehen, sondern zu töten, weil sie in diese Gedanken eingedrungen ist, weil sie ja in mich eingedrungen ist. In der Kriminologie ist es bekannt, daß ein Lustmörder z. B. die Dirnen betäubt und erdrosselt, dann einen Schirm durch die Vagina steckte. Dieses Beispiel fand ich so entsetzlich, daß ich es zeitlebens nie vergessen werde. Ich vermeide, solche Berichte zu lesen. Das war auch so entsetzlich.» *Ich*: «*Um sie am Lärmschlagen zu hindern, drückte man ihr den Hals zu.*» *Er*: «Der Hals spielt m. E. beim Geschlechtsakt in der Phantasie eine wichtige Rolle. Wenn Sie meine Zeichnungen anschauen, sehen Sie, daß der Hals des Partners eine wichtige Körpergegend im Sexus ist. Das Zudrücken des Halses ist dasselbe wie die Nadel. Wie die eine wichtige Sexualbewegung ins Gegenteil verkehrt . . . Zum Beispiel stellte ich mir vor, wer einen festeren Hals habe, ist sexuell stärker veranlagt. Die Stärke des Nackens ist dabei ausschlaggebend . . . Ich sah mal ein Bild mit 13 Jahren. Da war ein Kabarettkünstler abgebildet, der den Hals in einer Schlinge hatte, und links und rechts zogen vier Matrosen zu, und er widerstand diesem Zug. Das dünkte mich so wahnsinnig, daß ich in sexuelle Erregung geriet, wenn ich dieses Bild sah . . . Wenn ich junge Paare sah, wenn er sie am Nacken packte, da dachte ich: aha . . .» *Ich*: «*Ältere Erinnerungen?*» *Er*: «Am Hals bin ich besonders kitzlig. Lasse mich nie am Hals anpacken . . . Wenn man mir Maß nimmt zu einem Hemd, ist mir das sehr unangenehm . . . Als ich den Kopf mit etwa vier Jahren durch das Gitter im Küchenfenster steckte, mühte ich mich und stieß, bis mein Kopf durch war, und konnte nicht zurück, da brüllte ich entsetzlich. Mutter holte den Doktor, da brüllte ich noch mehr, und er erklärte, je mehr ich brülle wird der Kopf größer. Dann schwieg ich, er rieb meinen Hals mit Vaseline ein, bis dann endlich der Kopf zurück war.» *Ich*: «*Was sagt Ihnen der Traum?*» *Er*: «Ja

eben. Einmal, daß die Widerstände gegen die Frau kleiner werden. Habe aber ihr gegenüber noch keine richtige Einstellung. Aber wo meine Einstellung nicht richtig ist, daraus werde ich nicht klug.» *Ich*: «*Warum erwähnen Sie die Perversion nicht?*» *Er*: «Eben das ist meine falsche Einstellung. Ich weiß nur, daß etwas nicht stimmt. Perversion ist ein *Haß*. Also es komme bei den beiden Deutungen auf dasselbe heraus. Nachdem es sich bei der Traumperson um Frau X, um eine Frau, die ja Bezug auf den sexuellen Verkehr hat, handelt, fällt das Idealbild weg, und es bleibt nur noch eines: die haßerfüllte Abwehr gegen den sexuellen Verkehr. Rein logisch gedacht, ist es so. Gefühlsmäßig kann ich sagen: ich habe mich noch nie ernstlich mit dem Sexus zur Frau beschäftigt, und darum erhöht sich der Widerstand. Ein Zeichen, daß die Beziehung zur Mutter nicht genügend geklärt ist.»

Dann kam die Anwendung der Psychoschocktechnik bei der Auslegung des Traumes 152, die wir schon im Kapitel III ausführlich dargestellt haben. Hier nahm er endlich die homosexuellen Ansprüche an.

Dieser Schritt des Patienten wurde dadurch möglich, daß er trotz seinem Narzißmus allmählich doch eine sehr starke Übertragung auf den Analytiker entwickelte. Im Traum 157, also kurz nach der Psychoschockwirkung (anlässlich des Traums 152), erscheint ihm der Analytiker als Feldprediger-Hauptmann in Uniform. Als der Patient ihm jedoch die Hand geben wollte, gelang ihm dies nicht, weil er «seine ineinander verschränkten Finger nicht lösen konnte». Die Einfälle zeigen, daß er in dem Analytiker den Helfer sieht, der ihn von seinen Onaniebildern (die ineinander verschränkten Finger) erlösen wird.

Nach 17 Monaten dauernder Analyse wurde das Ich des Patienten genügend reif, um seine stets auftauchende aber dennoch immer wieder verdrängte Homosexualität selber festzustellen, auszusprechen und anzunehmen. Von da an verschwanden die sadistisch-lustmörderischen Träume völlig, die ja im Sinne von FREUD durch Regression und als Ersatz der verdrängten gleichgeschlechtlichen Triebansprüche zustande kommen können. Wir werden später bei der Erörterung der Prognostik eine andere Deutungsmöglichkeit zur Beziehung zwischen der Homosexualität und der tödenden Gesinnung Kains annehmen. Der Analysand sprach hernach ohne Hemmungen, völlig frei über seine Inversion. Er faßte sie als Zeichen seiner sexuellen Entwicklungshemmung auf und führte sie spontan auf die verkehrte Identifizierung mit der Mutter und die «Mutterspiele» mit dem Bruder zurück. Es war für ihn eine wahrhafte Befreiung, daß er nun seine Beziehung zu einem jungen Freund, zum Sohn der bereits erwähnten Mutterersatzperson, schon getreu als eine homosexuelle Liebe aufzufassen und auszusprechen vermochte. Obwohl des öfteren lustbetonte Balgereien mit diesem Jungen stattfanden, hütete er sich, weiter zu gehen. Von einer Auflehnung gegen die Homosexualität war nun mehr nicht die Rede. Er genoß alle Zusammenkünfte mit diesem Freund und empfand sie als etwas Natürliches. Diese glückselige Periode dauerte eine Weile. Dann erfuhr er, daß sein Freund sich in ein Mädchen verliebte. Dieser Umstand wirkte aber nicht mehr so katastrophal wie bei der Verlobung des Bruders dieses Freundes. Ganz im Gegenteil. Er faßte die heterosexuelle Liebe des Freundes als mahnendes Beispiel auf, dem er nachzufolgen hatte. Der Wunsch, selber auch eine heterosexuelle Liebe zu erleben, erlangte in ihm allmählich einen stärkeren Grad. Er gab den Freund ohne Ressentiment frei, *introjizierte ihn* und begann, selber auf die Suche nach Frauen zu gehen. Er be-

richtet: «Ich bin auf der Jagd nach der Frau. Es ist schwierig. Ich könnte mich ohrfeigen, daß ich in der Vergangenheit so viele Frauen verpaßt habe. Ich suche eine Frau, mit der ich ohne Mitleid zusammensein kann, die aber nicht eine gewöhnliche Frau (Dirne) ist.»

Nun sieht er ein, daß das Bild der Mutter für seine Instinkte ein Staudamm war, daß er die Aggression gegen den Vater unterdrückt hatte und das Bild eines gesunden Mannes, eines pater familias, ihm deswegen fehle. Der Analysand beginnt nun, Tanzlokale – vornehmlich im Ausland – zu besuchen. Er erwähnt, daß sein väterlicher Großvater, im besonderen aber seine Ritterahnen, große Jäger waren, das will er nun selber werden. Seine Wandlung zum Manne kam nun im Traum 237 und in den nachfolgenden Einfällen klar zum Vorschein. Der Traum lautete:

«Ich sah, wie Mme K. eine Treppe hinunterfiel. Ich befürchtete, sie hätte sich weh getan, aber sie stand wieder auf und lächelte.

Etwas später fiel sie nochmals die Treppe hinunter, aber so grauenhaft und direkt auf den Kopf, daß ich zuerst glaubte, sie sei sofort tot. Sie blieb verletzt unten liegen. Ich ordnete sofort alles zur unverzüglichen Überführung ins Spital an und staunte bei mir selber über die Ruhe und Sicherheit, mit der ich alles leitete.

Da das Spitalauto ein wenig auf sich warten ließ, wollte ich selber auch versuchen, ihr zu helfen. Beim Schädel waren zwei Knochen etwas übereinander geschoben. Während ich sehr, sehr behutsam versuchte, die Knochen zurechtzurücken, gingen irgendwie *seltene Veränderungen* vor sich. Ich hielt nur noch einzelne, lange, schmale Knochenteile in der Hand, während Mme K. in ein Packpapier eingewickelt in der Nähe lag, *aber so klein wie eine kleine Statue*. Ich hatte Angst, sie könnte etwa doch gestorben sein, und wickelte sie etwas aus; am Hals entdeckte ich ein leichtes Pulsieren bei einer Wunde und stellte fest, dass sie noch lebe, wenn auch ganz schwach.»

Mme K. war seine Hausfrau in Frankreich, eine geschiedene ältere Frau, mit der er sexuelle Pläne hegte. In den Einfällen zu dem Traum äußert der Patient: «Die Statue ist die Mutter, die ich selber sein wollte. Dieses Ideal ist in mir umgefallen und eingeschrumpft. Sie lebt noch in mir, aber sehr schwach. Ich habe aber Angst, auf dieses ‚Frausein‘, wie die Mutter war, ganz zu verzichten.»

Darauf bemerkte ich, daß seine sexuellen Proportionen sich während der Analyse völlig umgedreht haben. Zu Beginn der Analyse hatte er zwei Drittel weibliche und nur einen Drittel männliche Funktionen im Test geliefert. Der Traum beweist nun aber die Umkehrung in seinen sexuellen Proportionen: die Weiblichkeit, d. h. das Mutterbild, fällt in ihm um und wird so klein wie eine Statue. Er solle dennoch keine Angst haben, daß er die weibliche Seite völlig verlieren könnte. Das kann ja niemand, und zwar aus erbbiologischen Gründen nicht. Seine künftige Aufgabe bestehe nun eben darin, dieses kleinere weibliche «Mutterstück» seiner Psychosexualität mit dem großgewordenen Stück des «Jäger-Mannes» zu legieren. Vorher waren seine psychosexuellen Proportionen 2 ♀ zu 1 ♂; nach Aussage des heutigen Traumes sollte er 2 ♂ : 1 ♀ Proportionen aufweisen. Diese sind für einen normalen Mann die idealen Proportionen der männlichen und weiblichen Sexualanlagen. Der Traum bestätigt somit, daß in seiner Innenwirklichkeit eine gesunde Umkehrung, eine Wandlung der Psychosexualität stattgefunden hat, die er fortan auch in der Außenwirklichkeit manifestieren könnte.

Nach dieser Durcharbeitung der psychosexuellen Wandlung kommen zwei Träume, die die seelische Umkehrung bestätigen. Traum 238:

«Ich sah einen Frauenrock vor mir, nahm ihn und riß ihn langsam auf, bis auf die Höhe des Gürtels. Darunter kamen die Frauenbeine zum Vorschein.»

Dazu sagt er: «Ein Frauenrock war bisher für mich ein Tabu, die Mauer . . . Das ist das Zerreißen der Angst vor der Frau. Ich bin reif geworden, das in der Tat gleiche zu machen. Es wird nicht mehr zu lange gehen.» – Traum 239:

«Ich sah Fräulein H. in einer schönen Landschaft sitzen. Dann änderte sich das Bild, und ich sah ein Dokument mit verschiedenen Feldern, und auf jedem Feld war irgendeine Bewilligung angebracht.»

Den Traum legt der Patient wie folgt aus: Fräulein H. ist eine Studienkollegin, die er zufällig traf und die ihn jetzt als Frau entzückte. Er will sie demnächst einladen. Die schöne Landschaft zeigt – sagt er – seine Zukunft, in der die Frau drinsitzt. Das Dokument mit den verschiedenen Feldern ist sein Reisepaß mit der «Bewilligung», zu Frauen zu gehen. «*Jetzt darf ich*. Wenn ich heute an einen Frauenkörper denke, und eine Erektion fühle, dann weiß ich, daß ich normal reagiere. Es ist für mich eine unglaubliche Erleichterung.»

Darauf sagte ich ihm, daß seine Analyse zu Ende gegangen sei. Er ist seelisch über den Berg und hat die Analyse probeweise eingestellt.

\*

War dies richtig? Zur Beurteilung dieser Frage müssen einerseits die Stärke und Gereiftheit des stellungnehmenden Ichs, andererseits die fördernde Wirkung der Befreiung von der Analyse in Betracht gezogen werden. Die Ich-Analyse wurde in diesem Fall sehr intensiv durchgeführt. Der Analysierte bekam nicht nur Einsicht in die krankmachende Wirkung der invertierten Identifizierung mit der Mutter, sondern kam durch Bearbeitung der Ich-Entwicklung selber zur Einsicht in die Notwendigkeit, von dem bisherigen Seins-Ideal endlich ein Hab-Ideal in bezug auf die Frau zu machen. Diese Einsicht erleichterte ihm die Aufgabe, auf die «Jagd» nach Frauen zu gehen und in den Lokalen Frauenbekanntschaften anzuknüpfen. Die Träume 238 und 239 geben Auskunft über die günstigen Folgen dieser «Übungen».

\*

In bezug auf die fördernde Wirkung des «Auf-die-Probe-Stellens» des Analysanden zu einer Zeit, da die Träume den Vollzug einer seelischen Wandlung bereits anzeigen, in der Außenwirklichkeit aber die Umkehrung noch nicht stattfand, liefert uns die Erfahrung günstige Erfolge. Der Umstand, daß der Analysand den wichtigsten Schritt nun völlig allein selber zu machen hat, wirkt oft auf sein Selbstbewußtsein erhebend und beschleunigt die Tat. Es muß auch in Betracht gezogen werden, daß er nach dem erwirkten Erfolg – im besonderen auf sexuellem Gebiet – das ich-stärkende Gefühl hat, nicht der Analytiker, sondern er selber habe den Endschrift zur Genesung getan. Die Richtigkeit dieses Verhaltens seitens des Analytikers bekräftigt auch der Fall 5 (siehe Kapitel XXVI, Abschlußträume).

Diese Erfahrungen mahnen den Analytiker vor einem Zeit und Geld raubenden Hyperperfektionismus. Ausschlaggebend ist stets der Umstand, daß die innere Wandlung durch das Ubw unmißverständlich mitgeteilt wird.

\*



## II. Die Homosexualität der Frau

Obwohl die weibliche Inversion in der Gesellschaft weniger aufsehenerregend als die männliche erscheint, wird ihre Häufigkeit doch hoch eingeschätzt. Nach KINSEYS<sup>1</sup> Bericht beträgt sie 28% gegenüber 50% bei Männern. Bei Frauen mit höherer Schulbildung soll sie noch größer sein. Die Häufigkeitsziffern variieren stark. G.W. HAMILTON<sup>2</sup> gibt 25%, KATHERINE B. DAVIS<sup>3</sup> 20,4% an (siehe die Literatur bei CAPRIO, F. S.<sup>4</sup>). Alle Angaben sind u. E. fraglich, weil der Homosexualitätsgrad bei den Kranken der einzelnen Autoren völlig verschieden war.

Die Auffassungen über die Pathogenese der weiblichen Homosexualität sind nicht einheitlich. S. FREUD<sup>5</sup> war der Meinung, die Libidofixation der Lesbierinnen an ihren Vater aus der ersten Pubertät, d. h. der sogenannte Ödipus- bzw. Elektra-komplex, hemme die sexuelle Entwicklung dieser Frauen. In der zweiten Pubertät der Mädchen könne eine Auffrischung des infantilen Ödipuskomplexes stattfinden: Das Mädchen wünscht sich wieder ein Kind vom Vater, und zwar ein männliches, und erlebt die Enttäuschung, die besonders dann unerträglich groß wird, wenn – wie im Falle, den FREUD beschrieb – die Mutter zu dieser Zeit gravid wird. Die kritische Enttäuschung wird oft dadurch hervorgerufen, daß die Tochter die Untreue des Vaters zur Mutter erfährt (siehe unseren Fall 23). Diese Enttäuschung bewirkt sodann die Regression ihrer Sexualität auf die präödipale Stufe und das Mädchen richtet seine Liebe wieder auf die Mutter, die es später mit mutterähnlichen Frauen ersetzt. Mit dieser Regression hängt auch die häufig erwähnte Auffrischung der oralen Phase bei Lesbierinnen zusammen (Saugen an der Brust der Partnerin). Bei einer anderen Art der Objektwahl der lesbischen Frau sucht nach FREUD das enttäuschte Mädchen am Ende der Pubertät die schwärmerische Freundschaft von Schauspielerinnen, Künstlerinnen, Damen mit einem schlechten Ruf usw., eine Erscheinung, die FREUD mit einem speziellen «Typus der männlichen Objektwahl» bei Jugendlichen in Beziehung bringt<sup>6</sup>. FREUD macht auch auf die Möglichkeit des «Ausweichens» im Rivalisieren mit der Mutter aufmerksam, im besonderen, wenn die Mutter noch bei den Männern Erfolg sucht. Das Durchleuchten der Pathogenese der lesbischen Frau ist aber nach FREUD viel verwickelter, als daß man einfach nur die Richtung der Objektwahl in Betracht ziehen dürfte. Er stellt drei Reihen von Erscheinungen nebeneinander, deren Wichtigkeit von Fall zu Fall variieren können: 1. Der somatische Geschlechtscharakter, d. h. die physische Bisexualität; 2. der psychische Geschlechtscharakter, d. h. die männliche oder weibliche Einstellung der Person; 3. die Art der Objektwahl.

Der Laie betrachtet nur die Art der Objektwahl, der Psychoanalytiker zumeist nur den psychischen Geschlechtscharakter, der Konstitutionspathologe nur den somatischen Hermaphroditismus. Die Schicksalsanalyse versuchte eine Koordination der drei Aspekte. Aus diesem Grunde sind die Auffassungen der Autoren

<sup>1</sup> KINSEY: Sexual Behaviour in the Human Female.

<sup>2</sup> HAMILTON, G. V.: Homosexuality as a Defense against Inzest.

<sup>3</sup> DAVIS, B. KATHERINE: Factors in the Sex Life of Twenty Two Hundred Women. Zitiert nach

<sup>4</sup> CAPRIO, F. S.: Die Homosexualität der Frau. A. Müller-Verlag, Rüslikon-Zürich, S. 64.

<sup>5</sup> FREUD, S.: Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. Ges. Schr. Bd. V, S. 312 ff.

<sup>6</sup> FREUD, S.: Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. Ges. Schr. Bd. V, S. 186 ff.

über die Pathogenese und Ätiologie der weiblichen Inversion verschieden. STRECKEL betont z. B. die mitgebrachte Bisexualität als Ursache aller Neurosen, inbegriffen die der Homosexualität der Frau und des Mannes. A. ADLER sieht natürlich auch in der weiblichen Homosexualität nur den männlichen Protest und die Überkompensation. Andere Autoren, wie E. BERGLER, heben die Wichtigkeit der oralen Regression, F. S. CAPRIO die des Narzißmus bei der Entstehung der weiblichen Homosexualität hervor<sup>1</sup>. Man kann sagen, daß fast alle Autoren die Homosexualität bei beiden Geschlechtern als eine Neurose auf psychischer Basis auffassen, die mit Vererbung nichts zu tun hat.

Dem ist aber u. E. nicht so. Würden die tiefenpsychologischen Autoren mit dem nämlichen Fleiß und der gleichen Ausdauer auch die Familiengeschichten ihrer Homosexuellen analysieren, wie sie es bei den persönlichen Krankengeschichten tun, so müßten sie neben der vorwiegend traumatisch-neurotischen exogenen Kategorie auch eine zweite, nämlich die der genuinen Lesbierinnen entdecken.

Die Kriterien der genuinen Homosexualität bei Frauen sind die selben wie die, welche wir bei den männlichen Invertierten aufgestellt haben. Auf zwei unterschiedliche Momente müssen wir jedoch hinweisen. Einmal beobachteten wir die Homosexualität der Frau des öfteren zusammen mit dem Auftreten der multiplen Sklerose. Zum zweiten fanden wir die hysteriforme Paroxysmalität häufiger bei Lesbierinnen, die epileptiforme hingegen bei männlichen Homosexuellen vor, obwohl auch Lesbierinnen an genuinen Absenzen leiden können.

*Fall 34. Absence und Homosexualität.* Eine genuin epileptische Klavierlehrerin fiel *nur* bei einer ihrer Schülerinnen in Absence und zog sich im Dämmerzustand nackt aus.

*Fall 35. Paranoide Epilepsie und Bisexualität.* Eine 23jährige Französin wurde wegen eines epileptiformen Paranoids in der gleichen Anstalt interniert, wo ihre Mutter sich wegen Sodomie mit Pferden aufhielt. Dieses Mädchen lebte in einer Haßliebe zur Mutter und pflegte – neben Männern – auch mit Frauen sexuelle Beziehungen<sup>2</sup>.

*Fall 36. Eine bisexuelle, inflative Psychopathin.* Eine junge Modistin heiratet einen Mann, der ein schwerer, masochistisch-selbstdestruktiver Trinker war und kurz nach der Ehe Selbstmord beging. Die Wahl des Ehepartners geschah genotropistisch nach dem Vorbild des Vaters, der ebenfalls ein Trinker und zirkulärer, selbstdestruktiver Psychopath war. Die Probandin wurde nach der Scheidung der Eltern von der strengen, männlich-narzißtischen, eigensüchtigen Mutter erzogen, an die sie mit einer Haßliebe gebunden war. Nach dem Selbstmord des Mannes, den sie heiß geliebt und aufopferungsvoll betreut hatte, begann die Probandin ein exzessives bisexuelles Geschlechtsleben; sie wurde sexuell in beiden Richtungen haltlos. Ein Teil ihrer männlichen Beziehungen wurde von U. MOSER dargestellt<sup>3</sup>. Er weist auf die latente Erbverwandschaft, den Genotropismus, der gewählten

<sup>1</sup> CAPRIO, F. S.: Die Homosexualität der Frau. S. 114 f.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, II. Aufl., 1960, S. 331.

<sup>3</sup> MOSER, U.: Psychologie der Partnerwahl. Huber, Bern und Stuttgart, 1957, S. 99, Fig. 8.

Männer hin. Sie waren meistens von masochistisch-parasitärem Charakter und häufig impotent oder pervers. Der Zufall brachte diese Frau später zu mir in Analyse, und so konnte ich den Stammbaum mit folgenden Figuren ergänzen: Die Schwester der Mutter, eine Lehrerin, wurde wegen lesbischen Beziehungen mit den Schülerinnen aus ihrem Amt entlassen. Die Probandin selbst hatte – neben ihrer exzessiven Nymphomanie – auch starke lesbische Beziehungen, im besonderen zu einer Freundin. In der Analyse entpuppte sie sich als eine schwere, haltlose bisexuelle, inflative Psychopathin. Das war der Grund, warum ich die Analyse aufgab. Sie setzte die Behandlung bei einem anderen Analytiker fort, dessen Prinzip: «Warum denn nicht» ihr völlig entsprach. Sie frönte nun ihrer zweigeschlechtlichen Haltlosigkeit, geschirmt mit dem Prinzip des Analytikers, fortan noch gewissenloser, heiratete einen manifest homosexuellen Coiffeur, und beide lebten ihre gleichgeschlechtliche Haltlosigkeit im Rahmen dieser Scheinehe. Die letzte Nachricht über die Probandin sprach von einer gerichtlichen Untersuchung gegen sie, und zwar wegen Verführung von minderjährigen Mädchen.

In diesem Fall spricht die schwere, familiäre, haltlose Psychopathie des Vaters und der Probandin, wie auch die Existenz der lesbischen Tante, für eine genuine Inversion der Frau.

\*

Aus den Ergebnissen der *Strukturanalyse lesbischer Frauen* heben wir folgende Daten hervor.

1. Die psychosexuellen Proportionen bei den latent homosexuellen Frauen sind nach ULRIKE STUDER-SALZMANN in der Richtung Moll (♀) verschoben: 1 Dur (♂) : 1,6 Moll (♀) und nicht, wie man es erwartete, in der Richtung Dur. Wir deuten diesen Befund mit der Häufigkeit des passiven Masochismus der Gruppe latenter Lesbierinnen. Bei den manifesten, sexuell haltlosen Lesbierinnen (n = 21), die zumeist auch bisexuell leben, wie auch bei Prostituierten, spricht der Sexualindex für Inter- bzw. Bisexualität (1 Dur : 1 Moll).

2. Der Sozialindex der latenten Lesbierinnen beträgt 38,6%. Er ist somit fast gleich mit dem der manifest homosexuellen Männer (39,1%) und dem der latent invertierten Männer (35,4%).

3. *Die Existenzskala* der Lesbierinnen weist eine überstarke hysteriforme, paroxysmale und inflative Daseinsform auf.

*Die analytische Behandlung* genuiner Lesbierinnen stößt auf äußerst große Schwierigkeiten. Das Gros dieser Art von Lesbierinnen kommt selten in Analyse, sie suchen meistens für die paraexistenziellen Symptome (Absence, Epilepsie, Migräne, paranoide Ideen, Phobie, Hysterie usf.) Hilfe beim Arzt. Das invertierte Sexualleben bejahen sie und wollen darauf nicht verzichten. Die traumatischen neurotischen Lesbierinnen hingegen wollen von ihrer Liebesart befreit werden, was des öfteren auch gelingt (siehe Fall 6). Bei beiden Kategorien spielt eine adäquate Berufswahl bzw. Umsattelung im Beruf eine gewichtige Rolle. Im besonderen kommen Berufe wie Modistin, Schneiderin, Coiffeuse, Heilmasseurin, Heilgymnastin, Krankenschwester, Irrenpflegerin, Psychologin, bei dem betont maskulinen Typ auch Berufe wie Zahnarztgehilfin (siehe Fall 39), Zahnärztin, Chirurgin, chirurgische Assistentin, Gefängniswärterin usf. in Frage.

*Prognostik.* S. FREUD ist in bezug auf die Erfolge der Umkehrung in der Objektwahl bei Homosexuellen eher pessimistisch. Er schreibt: «In der Regel vermag der Homosexuelle sein Lustobjekt nicht aufzugeben; es gelingt nicht, ihn zu überzeugen, daß er die Lust, auf die er hier verzichtet, im Falle der Umwandlung am anderen Objekt wiederfinden würde . . .» «Man kann dann bald seinen geheimen Plan aufdecken, sich durch eklatanten Mißerfolg dieses Versuches die Beruhigung zu schaffen, daß er das Möglichste gegen seine Sonderartung getan habe und sich ihr nun mit gutem Gewissen überlassen könne. Wo die Rücksicht auf geliebte Eltern und Angehörige den Versuch zur Heilung motiviert hat, da liegt der Fall anders<sup>1</sup>.»

A. FERENCZI hielt die Behandlung bei den «echten» Subjekt-Homoeerotikern für erfolglos, hingegen zeitigte er bei den rein neurotischen Objektneurotikern gute Erfolge. E. JONES glaubt, daß mit Hilfe der Psychoanalyse ein großer Prozentsatz von Invertierten geheilt werden kann. Auch E. GUTHEIL ist dieser Auffassung und bekämpft die pessimistische Haltung vieler Psychotherapeuten. Diese optimistische Haltung zeigt auch F. S. CAPRIO. Er faßt alle Lesbierinnen als Neurotikerinnen mit zwanghaften Bedürfnissen, die Inversion selbst nur als ein Symptom einer Persönlichkeitsveränderung, auf und glaubt ebenfalls daran, daß die Psychoanalyse ihnen «eine entsprechende heterosexuelle Anpassung» zu ermöglichen vermöge. Dieselbe Auffassung hegt auch CLARA THOMPSON. Allerdings ist F. S. CAPRIO gegen die langdauernde klassisch-passive Behandlungsart FREUDS und betont die aktivere Umerziehung.

Die Schicksalsanalyse sucht die Wege einer Prognostik auf Grund der persönlichen Existenzskala (A. BEELI). Die Prognose ist ungünstig:

1. wenn die Inversion mit einer stark ausgeprägten inflativen oder projektiven paranoiden Existenz zusammentrifft;

2. wenn dabei noch eine narzißtisch-depressive Existenzform ausgeprägt ist.

Die Prognose ist günstiger:

1. wenn die paroxysmal epileptiforme oder hysteriforme Existenz überstark ist und beruflich oder symptomt bildend ihren Befriedigungsweg findet;

2. wenn in der Existenzskala auch eine Zwangs- oder Sublimationsmöglichkeit aufzufinden ist.

\*

Man kann zu einem biologisch und psychologisch richtigen Begriff der Homosexualität nur durch eine mehrdimensionale Betrachtungsweise des Phänomens «Sexualität» gelangen. Dazu lieferte S. FREUD 1920 ein noch heute brauchbares Gerüst, also zu einer Zeit, in der die Erkenntnisse über die biologischen Gesetze der Sexualentwicklung (K. GOLDSCHMIDT, M. HARTMANN, BARR, DAVIDSON und SMITH usf.) noch fehlten. Dieses Betrachtungssystem besteht – wie dies bereits erwähnt wurde – aus drei Faktorenreihen, auf Grund deren man die Sexualität eines Mannes oder einer Frau nach dem nachfolgenden Schema, in dem wir die neuen biologischen Ergebnisse eingeführt haben, zu beurteilen vermag.

<sup>1</sup> FREUD, S.: Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. Ges. Schr. Bd. V, S. 317–319.

Tab. 8. Das Betrachtungssystem der Sexualität

	Somatischer Geschlechtscharakter	Psychischer Triebziel	Art der Objektwahl	Sexualität
<i>Bei dem Mann:</i> 1. Chromosomen- geschlecht 2. Bisexuelle Potenz 3. Realisatoren	♂ X Y A G { MMF MM > F	♂	♀	Normal
	♂	♂	♂	Objekt-Homoerotiker, neurotischer oder trauma- tischer, aktiver Homo- sexueller
	♂	♀	♂	Passiver, Subjekt- und Objekt- homoerotiker. Genuiner, seltener neuroti- scher Homosexueller. Eventuell homosexueller Transvestit
	♂	♀	♀ (♂)	Latenter Homosexueller mit Bi- oder Heterosexuali- tät. Heterosexueller Transvestit
<i>Bei der Frau:</i> 1. Chromosomen- geschlecht 2. Bisexuelle Potenz 3. Realisatoren	♀ X X A G { FFMM FF > MM	♀	♂	Normal
	♀	♀	♀	Passive Homoerotikerin. Neurotische oder trauma- tische Lesbierin (Masochismus)
	♀	♂	♀	Aktive Subjekt- und Objekt- Homoerotikerin. Genuine, seltener neurotische Lesbierin. Eventuell Transvestitin.
	♀	♂	♂ (♀)	Latente Lesbierin mit Bi- oder Heterosexualität. Eventuell heterosexuelle Transvestitin

Nach der Tab. 8 muß man somit 1. die körperliche Verfassung, im besonderen die Genitalien und die sekundären Geschlechtsmerkmale, 2. die seelische Verfassung, d. h. ob die Person in ihrem Triebziel ein Mann oder eine Frau sein möchte, 3. die effektive Objektwahl, d. h. ob die Person Männer oder Frauen wählt, genau prüfen, um die Art der Sexualität bestimmen zu können. S. FREUD betont, daß «bei

beiden Geschlechtern das Maß des physischen Hermaphroditismus von dem des psychischen in hohem Grade unabhängig ist». Diese Ahnung FREUDS wurde 1956 von M. BLEULER und H.-R. WIEDEMANN durch exakte Untersuchungen des Chromosomensgeschlechtes von Homosexuellen und Transvestiten neu formuliert, dem Sinne nach aber bestätigt. Diese Autoren stellten fest, daß *die Psychosexualität von dem Chromosomensgeschlecht unabhängig ist*. Diese Feststellung spricht – wie es die Zwillingsuntersuchungen von KALLMANN (1952) bewiesen – nicht gegen die Möglichkeit einer echten, genuinen Homosexualität. Wir sind auf Grund der Strukturanalyse von 148 männlichen und 21 weiblichen Homosexuellen zu folgender Auffassung der Entstehung der echten, genuinen Homosexualität gekommen.

1. *Die genuine Homosexualität ist eine angeborene Spaltungserkrankung, eine Störung der Legierungsfähigkeit des Ichs.*
2. Die Spaltung besteht in der Trennung des männlichen vom weiblichen Ich. Diese ist stets genuin.
3. Die genuin Homosexuellen wählen das konträre Ich-Stück, nämlich die Projektion und die Inflation, und diese Wahl des Ichs bestimmt das Triebziel, wie auch die konträre Objektwahl.
4. Wir erachten die genuine Homosexualität kontraindiziert für ein direktes Heilverfahren (klassische Psychoanalyse). Nur ein indirektes Heilverfahren kann – wenn überhaupt – durch Hervorhebung einer Para-Existenzform manchmal doch die Ich-Spaltung bezüglich des Triebziels durch Berufswahl ungefährlich machen.
5. Die neurotische oder traumatische Homosexualität soll auf dem klassischen Wege der Psychoanalyse behandelt werden.

#### Kapitel XXIX

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DES PERVERSEN SADOMASOCHISMUS

*Begriffsbestimmung.* Fragt man nach dem Sinn und Ursprung der Perversionsphänomene, die als «Masochismus», «Sadismus» oder «Sadomasochismus» in der Psychopathologie figurieren, so erhalten wir von der Psychoanalyse S. FREUDS eine andere Antwort als von der Schicksalsanalyse.

Im Lichte der zweiten Trieblehre (1920), die bekanntlich nur zwei Grundtriebe kennt – den Lebenstrieb und den Todestrieb – hat S. FREUD den erogenen Masochismus aus jenem Anteil des Todestriebes abgeleitet, der in den vielzelligen Lebewesen libidinös gebunden verbleibt. Der eigentliche Sadismus soll demgegenüber jenen Anteil des Todestriebes repräsentieren, der – als Destruktionstrieb – gegen die Objekte der Außenwelt gerichtet und direkt in den Dienst der Sexualität gestellt wird. Masochismus ist somit nach FREUD der ursprüngliche, libidinös-gebundene Todestrieb, Sadismus der projizierte, sexualisierte Anteil des Destruktionstriebes.

Im Masochismus und Sadismus sieht also FREUD eine Triebvermischung der zwei Grundtriebe, eine Legierung des Todes- und Lebenstriebes, des Thanatos und des Eros.

Im Triebssystem der Schicksalsanalyse<sup>1</sup> sind Eros und Thanatos keine selbständigen Triebe, sondern nur zwei, polar entgegengesetzte Bedürfnisse, nur zwei Triebfaktoren, welche zusammen den Sexualtrieb aufbauen. Der Erosfaktor bedingt alle Erscheinungen der erotischen Anziehung, Bindung und Liebe, der Thanatosfaktor bestimmt die Ent-Bindungen, die Zerstörung aller Einheiten, den Sadismus und den Masochismus.

Im normalen Sexualleben sind diese zwei Triebbedürfnisse, d. h. die Liebe und der Sadismus, völlig vermischt, legiert. Der Faktor der Liebe schützt die Person vor der Übermacht des Sadismus; der Faktor der Zerstörung und des Angreifens schirmt sie vor der Dominanz der Liebe und Zärtlichkeit, die – ohne Angreifen des Objektes – steril versanden würde. Kurz: *die normale Sexualität ist die Folge der Legierung von Liebe und Aggression*. Anders stehen aber die Umstände beim Masochismus und Sadismus. Auf Grund von Experimenten und therapeutischen Analysen kamen wir zu folgenden Begriffsbestimmungen:

*Masochismus und Sadismus sind keine Legierungserscheinungen. Sie kommen eben durch Entmischung der zwei aufbauenden Bedürfnisse der Sexualität zustande. Beide sind Folgen von Störungen in der Legierung*<sup>2</sup>. Sie repräsentieren also die Unfähigkeit der Person, aus dem Liebes- und Aggressionsbedürfnis eine einheitliche, normale Sexualität aufzubauen. Im Zustand des Sadomasochismus erblickt somit die Schicksalsanalyse die Loslösung, die Freiwerdung des sadomasochistischen Faktors von seinem ihn bremsenden und steuernden kooperativen Faktor der Liebe und Zärtlichkeit. Die Sexualität wird ausschließlich von dem sadomasochistischen Faktor gelebt, d. h. ohne Liebe und Zärtlichkeit. Weder der Masochismus noch der Sadismus ist u. E. libidinös gebunden. Energetisch heißt das, daß der Sadomasochismus nicht von der Energie der Libido, sondern von der der Mortido getragen wird, die als eine völlig andersartige Triebkraft figuriert (P. FEDERN). FREUD nahm an, daß der Todestrieb sich mit der Libido vermischt und dadurch die sexuelle Miterregung bei den masochistischen und sadistischen Handlungen bedingt. Die Schicksalsanalyse vertritt hingegen den Standpunkt, daß alle acht Triebfaktoren ihres Triebsystems, welche durch spezifische Erbanlagen bestimmt sind, besondere, nur zu ihren eigenen Triebhandlungen dienende Energiequellen benützen. Die Lustempfindung ist somit nicht nur an die Libido gebunden. Die Libido nährt u. E. nur die Liebe. Jede dem speziellen Triebfaktor entsprechende Befriedigung wird von einer andersartigen Lust begleitet. Lust ist also nicht nur libidinöser Natur. Die Lust der Masochisten und Sadisten ist nicht libidinös, sondern mortitudinös; sie fließt aus der Energiequelle der Mortido. Sie ist nicht die Lust der Liebe, sondern die Lust der Zerstörung.

*Pathogenese des Sadomasochismus nach S. Freud.* Zur Frage der Herkunft des Sadismus und Masochismus hat S. FREUD 1905 in den «Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie», 1920 in der Arbeit «Jenseits des Lustprinzips» und 1924 in der Abhandlung über «Das ökonomische Problem des Masochismus» Stellung genommen. 1905 betonte er noch, daß die Perversionen krankhafte Fixierungen auf einer prägenitalen, infantilen Stufe bedeuten, die durch eine Ausschließlichkeit dieser Befriedigungsart charakterisiert sind. Der Sadismus soll, nach der Oralerotik des

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, II. Aufl., 1960, S. 66 ff., 73 ff., 82 ff.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 74 ff., 83–87.

Kleinkindes, mit der Analerotik zusammen die zweite prägenitale Stufe in der Sexualentwicklung darstellen. Daher auch die Benennung Analsadismus bzw. Analmasochismus.

Als sich aber FREUD 1920, nach langem Zögern und Schwanken – wie er 1938 selber schreibt<sup>1</sup> – entschloß, nur zwei Grundtriebe, nämlich den Lebenstrieb, Eros, und den Todestrieb, Thanatos (Destruktionstrieb), anzunehmen, führte er den primären Masochismus auf den Todestrieb zurück und sah im Sadismus die nach außen gerichtete Projektion des Todestriebes. Aus dieser Sicht wäre also der Masochismus die primäre, der Sadismus die sekundäre Erscheinungsform des gleichen sexualisierten Todestriebes. Das ursprünglich dualistische Ökonomieprinzip im Seelenleben, das bisher auf der Basis von Lust und Unlust fußte, wurde 1924 ebenfalls modifiziert und zu einem System von drei Prinzipien fortentwickelt. Diese sind:

1. Das Lustprinzip, welches nicht nur als der Wächter des Seelenlebens fungiert, sondern als der allgemeine Wächter unseres Lebens überhaupt.
2. Das Nirwanaprinzip (BARBARA LOW), welches als die besondere Lust des Todestriebes den Drang zur Rückkehr in das anorganische Stadium begleitet.
3. Das Realitätsprinzip, das die Außenwelt repräsentiert.

In der Ökonomie des Lebens können sich diese drei Prinzipien miteinander gut vertragen und führen nur gelegentlich zu Konflikten. In dieser Theorie fällt auf, daß das dem Todestriebe zugehörige Nirwanaprinzip zu einem modifizierten Lustprinzip wurde, obwohl FREUD es vermeidet, die Lust der Libido des Lebenstriebes (Eros) mit der Lust des Nirwanaprinzips für eines zu halten<sup>2</sup>.

FREUD findet seine ältere Auffassung (1905), nach der die Miterregung der Sexualität bei Schmerz- und Unlustspannungen auf einen infantilen (prägenitalen) Mechanismus zurückzuführen sei, später (1920, 1924) unzulänglich, da durch diese Annahme die intime Beziehung des Masochismus zum Sadismus unaufgeklärt bleibe. FREUD schreibt: «Die Libido trifft in (vieltelligen) Lebewesen auf den dort herrschenden Todes- oder Destruktionstrieb, welcher dies Zellenwesen zersetzen und jeden einzelnen Elementarorganismus in den Zustand der anorganischen Stabilität (wenn diese auch nur relativ sein mag) überführen möchte. Sie (die Libido) hat die Aufgabe, diesen destruierenden Trieb unschädlich zu machen, und entledigt sich ihrer, indem sie ihn zum großen Teil und bald mit Hilfe eines besonderen Organsystems, der Muskulatur, nach außen ableitet, gegen die Objekte der Außenwelt richtet. Er heiße dann Destruktionstrieb, Bemächtigungstrieb, Wille zur Macht. Ein Anteil dieses Triebes wird direkt in den Dienst der Sexualfunktion gestellt, wo er Wichtiges zu leisten hat. Das ist der eigentliche Sadismus. Ein anderer Anteil macht diese Verlegung nach außen nicht mit, er verbleibt im Organismus und wird dort mit Hilfe der erwähnten sexuellen Miterregung libidinös gebunden; in ihm haben wir den ursprünglichen, erogenen Masochismus zu erkennen<sup>3</sup>.»

Hier können wir auf die Diskussion über die Existenz eines Todestriebes nicht näher eingehen. Wir verweisen auf die umfassende und verneinend-kritische

<sup>1</sup> FREUD, S.: Abriss der Psychoanalyse. Ges. Werke. Imago Publ., London, Bd. XVII, S. 70.

<sup>2</sup> FREUD, S.: Das ökonomische Problem des Masochismus. Ges. Schr. Bd. V, S. 376.

<sup>3</sup> FREUD, S.: Ebenda: S. 379.



Arbeit von R. BRUN (1953)<sup>1</sup>, mit der wir einverstanden sind<sup>2</sup>. Wir müssen aber auf diese Frage später bei der Erörterung des rätselhaften Problems von Triebvermischung und Triebentmischung, d. h. von Legierung und Spaltung der gegensätzlichen Bedürfnisse im Sexualtrieb zurückkehren.

### A. Die klinischen Formen des Masochismus und Sadismus in der Psychoanalyse

Der Masochismus tritt uns in drei Gestalten entgegen: 1. als erogener, 2. femininer und 3. moralischer Masochismus.

1. Der *erogene Masochismus*, als eine Bedingtheit der Sexualerregung, besteht in der Schmerzlust und ist biologisch und konstitutionell begründet. Er repräsentiert den im Organismus zurückgebliebenen und libidinös gewordenen Anteil des Todestriebes bei beiden Geschlechtern.

2. Der *feminine Masochismus* des Mannes, den man nach M. HIRSCHFELD den metatropistischen nennt, spielt sich entweder nur in der Phantasiewelt (Onanie) oder in den perversen Praktiken als Einleitung oder als Selbstzweck des Aktes ab, und zwar häufig mit folgenden Inhalten: Geknebelt-, Geschlagen-, Gepeitscht-, Mißhandelt-, Zum-Gehorsam-gezwungen-, Beschmutzt-, Erniedrigtwerden usw. FREUD deutet diese Inhalte in zwei Richtungen. Der feminine Masochist will einerseits wie ein kleines, hilfloses und anhängliches Kind behandelt werden, andererseits lebt er sich oft auch in die weibliche Situation des Kastriertwerdens, Koitiertwerdens oder sogar in die Lage des Gebärens ein. Das Schuldgefühl und das Sühnenwollen, welches den femininen Masochismus (des Mannes) zumeist begleitet, leitet zur dritten Form, nämlich zum moralischen Masochismus, über.

3. Während der erogene und der feminine (sogenannte sekundäre) Masochist noch an den Sexualpartner gebunden ist, löst sich *der moralische Masochist* von der Sexualität los. «Das Leiden selbst ist das, worauf es ankommt; ob es von einer geliebten oder gleichgültigen Person verhängt wird, spielt keine Rolle; es mag auch von unpersönlichen Mächten oder Verhältnissen verursacht sein, der richtige Masochist hält immer seine Wange hin, wo er Aussicht hat, einen Schlag zu bekommen<sup>3</sup>.» Den moralischen Masochismus nennt man auch Passiophilie.

Hinter dem moralischen Masochismus steckt nach FREUD ein unbewußtes *Strafbedürfnis*. Er leitet dies aber nicht mehr vom Sadismus des Über-Ichs ab, d. h. vom primären oder Ursadismus, sondern aus dem Urmasochismus des Ichs, der primär vom Todestrieb abstammt und die Strafe sucht. Trotzdem erblickt FREUD im moralischen Masochismus einen klassischen Zeugen für die Existenz der Triebvermischung von Lebens- und Todestrieb, indem er sagt: «Gewissen und Moral sind durch die Überwindung, Desexualisierung, des Ödipuskomplexes entstanden; durch den moralischen Masochismus wird die Moral wieder sexualisiert; der Ödipuskomplex neu belebt, eine Regression von der Moral zum Ödipuskomplex angebahnt<sup>4</sup>.» Das Strafbedürfnis im moralischen Masochismus verlockt die Person

<sup>1</sup> BRUN, R.: Über Freuds Hypothese des Todestriebes. *Psyche*, VII. Jg., 2. Heft, 1953, S. 81–111.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: a) *Triebpathologie*. Bd. I, S. 64–75.

b) *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*. II. Aufl., 1960, S. 83–87.

<sup>3</sup> FREUD, S.: Das ökonomische Problem des Masochismus. *Ges. Schr.* Bd. V, S. 381.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 385.

zum «sündhaften Tun, welches dann gesühnt werden muß». Er schreibt weiter: «Um die Bestrafung durch diese letzte Elternvertretung zu provozieren, muß der Masochist das Unzweckmäßige tun, gegen seinen eigenen Vorteil arbeiten, die Aussichten zerstören, die sich ihm in der realen Welt eröffnen und eventuell seine eigene reale Existenz vernichten<sup>1</sup>.» Der moralische Masochismus ist somit darum so gefährlich, weil er dem Anteil des Todestriebes entspricht, welcher der Projektion des Destruktionstriebes entgangen ist.

Nach unserer Erfahrung entsteht das Strafbedürfnis, welches den moralischen Masochismus bedingt, oftmals aus einer «veruntreuten Strafe» aus der Kindheit<sup>2</sup>: Eine Bestrafung für eine Sünde, die das Kind begangen hat und für die es selber eine Strafe erwartete (AICHORN), wird ihm veruntreut. Die primäre, unbestrafte Sündentat wird verdrängt, auch das Strafbedürfnis bleibt unbewußt. Manifest wird nur die Selbstsabotage, die Selbstdestruktion jeglicher Erfolge in Beruf und Liebe.

### *B. Die Pathogenese des Sadomasochismus in der Schicksalsanalyse. Masochismus und Sadismus als Folge einer Störung in der Trieblegierung*

#### Allgemeines über Legierung und Spaltung

Nachdem S. FREUD die zwei Grundtriebe als Basis seiner Trieblehre angenommen hatte, mußte er sich die Frage stellen: Wie vollzieht sich die Bändigung des Todestriebes durch die Libido, d. h. den Lebenstrieb? Seine Antwort lautete: «Im psychoanalytischen Gedankenkreis können wir nur annehmen, daß eine sehr ausgiebige, in ihren Verhältnissen variable Vermischung und Verquickung der beiden Triebarten zustande kommt, so daß wir überhaupt nicht mit reinen Todes- und Lebenstrieben, sondern nur mit verschiedenwertigen Vermengungen derselben rechnen sollten<sup>3</sup>.» Zwei Jahre später (1926) kehrt FREUD in der Arbeit «Hemmung, Symptom und Angst» auf diese Frage zurück und betont wieder, daß wir durchwegs mit Legierungen beider Triebe in verschiedenen Mengenverhältnissen zu tun haben<sup>4</sup>. Die experimentelle Triebdiagnostik konnte diese These FREUDS über die Legierung bestätigen, aber – und das ist hier das Ausschlaggebendste – nur bei der *normalen* Sexualität. Es wurde bereits erwähnt, daß das Triebsystem der Schicksalsanalyse den Sexualtrieb aus zwei entgegengesetzten Triebbedürfnissen aufbaut, von denen das eine den Drang nach Liebe und Bindung (Faktor *b*), das andere den nach Zerstörung aller Bindungen, nach Sadismus (Faktor *s*), genbiologisch bestimmt. Von der Alleinigkeit und Allmacht des Lebens- und Todestriebes spricht unser Triebsystem nicht. Dem Sinne und der Funktion nach können wir aber sagen, daß Eros mit dem Faktor *b*, Thanatos mit dem Faktor *s* zusammenfällt, obwohl sie keine selbständigen Triebe, sondern nur zwei genfaktoriell bestimmte Bedürfnisse sind, welche die Sexualität gemeinsam aus zwei verschiedenen Energiequellen nähren.

<sup>1</sup> Ebenda: S. 385.

<sup>2</sup> Siehe Fall 20.

<sup>3</sup> FREUD, S.: Das ökonomische Problem des Masochismus. Ges. Schr. Bd. V, S. 379.

<sup>4</sup> FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schr. Bd. XI, S. 65.

Nun haben unsere Experimente zu folgenden Ergebnissen geführt:

Die Sexualität des Alltagsmenschen fußt auf der Legierung und Bejahung beider Komponenten des Geschlechtstriebes.

Die Sexualität eines humanisierten Menschen ist ebenfalls legiert, nur werden bei ihm die zwei humanisierten Triebtendenzen, nämlich die kollektive Menschenliebe mit der Strebung nach Hingabe und Dienst an der Menschheit, vermischt<sup>1</sup>. So weit kann man also von Legierung in der normalen Sexualität sprechen.

Der Sadismus hingegen erscheint im Experiment in der Form der Loslösung, der Entmischung des Faktors, der den Sadismus betrifft, von seinem Triebpartner, dem Faktor der Liebe. Dabei wird meistens eine Triebverstärkung, ein Triebüberdruck im Faktorgebiet des Sadismus sichtbar.

*Der Masochismus* wird im Experiment ebenfalls im Triebraum des Faktors, der den Sadismus anzeigt, sichtbar, nur in negativer Richtung.

Aus diesen Tatsachen, an deren Richtigkeit wir nach fast 25jährigem Experimentieren nicht mehr zweifeln können, haben wir folgenden Schluß gezogen: *Legierung von Liebe und Aggression ist die Vorbedingung einer normalen Sexualität. Sadismus und Masochismus hingegen sind Störungen in der Legierung von Liebe und Aggression.* Das Hauptgeschehnis im Triebleben der Sadomasochisten besteht somit darin, daß diese Menschen zur Liebe unfähig wurden. Sie leben ausschließlich den sadistischen Anteil der Sexualität, den sie entweder nach außen oder gegen die eigene Person richten.

Sadismus und Masochismus sind also u. E. Entmischungsprodukte des Sexualtriebes, bei denen die Stärke der Liebe, des Eros, auf ein Minimum herabsinken kann, die Stärke des Sadismus hingegen einen extremen Grad zu erreichen vermag. Nach diesen experimentellen Ergebnissen sind Sadismus und Masochismus von der Libido des Sexualtriebes losgelöste Erscheinungen.

Nun kommen wir zu der Frage: *Welche Instanz sorgt in der Psyche für die Legierung und verursacht unter Umständen die Entmischung, die Entlegierung?* Die experimentellen Triebuntersuchungen an etwa 5000 Personen haben zu den folgenden Regeln geführt:

Die Legierung der Liebe und des Sadismus im Sexualraum funktioniert beim Alltagsmenschen Hand in Hand mit der Legierung der Egodiastole und Egosystole im Ich. Das will sagen: Wenn im Ich-Raum die negative Egodiastole, also die Wunschprojektion, sich mit der negativen Egosystole, d. h. mit dem Verzicht, vermischt, dann sind im Sexualbild die zwei aufbauenden Bedürfnisse, die Liebe und die Aggression, ebenfalls legiert<sup>2</sup>.

Eine ähnliche Regel wurde auch bei den humanisierten Menschen gefunden; nur ist die Richtung der Reaktionsart gegensätzlich. Sie zeigen die Legierung der gegensätzlichen Bedürfnisse sowohl im Sexual- wie auch im Ich-Leben<sup>3</sup>.

Auf Grund dieser Konkordanzregel könnte man annehmen, daß das legierte Ich für eine legierte Sexualität Sorge. Oder umgekehrt: die legierte Sexualität bedingt das legierte Ich. Die dritte Hypothese wäre die, daß es im Seelenleben des Menschen eine höhere Instanz gäbe, die sowohl für die Legierung in der Sexualität wie auch für die im Ich Sorge. Als eine solche Instanz könnte eben das von uns

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. II. Aufl., 1960, S. 80.

<sup>2</sup> Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, II. Aufl., S. 155, 219.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 154.

postulierte sogenannte «Pontifex-Ich» fungieren, das ja u.E. die Aufgabe übernimmt, alle Gegensätze in der Psyche zu überbrücken. Welche von diesen drei Instanzen für die Legierung der Gegensätzlichkeiten im Aufbau der normalen seelischen Funktionen verantwortlich ist, können wir derzeit noch nicht sagen. Vorderhand ist nur die Konkordanz, die Simultaneität der Legierung im Sexual- und Ich-Leben, sowohl experimentell wie auch klinisch, mit Sicherheit festgestellt worden.

\*

Wir können aber die Frage der Legierung nicht ohne die Erörterung der «Spaltung der Gegensätze» abschließen. Spaltung nennen wir in der Schicksalsanalyse jene Erscheinung, bei der von den vier Elementarfunktionen in irgendeinem Trieb oder Ich-Raum eine Funktion, oder auch zwei, seltener drei, in den Vordergrund des Seelenlebens drängen, die anderen hingegen in den Hintergrund gestellt werden. Der Terminus «Spaltung» bezieht sich somit stets auf die Zerteilung der vier Elementarfunktionen im Sexual-, Affekt-, Ich- oder Kontaktleben. Die von EUGEN BLEULER für die Schizophrenie als charakteristisch beschriebene Spaltung der Persönlichkeit wird im Test als die diagonale Spaltung der Elementarfunktionen sichtbar. Neben dieser Spaltungsart, die eigentlich sehr selten vorkommt, konnte die experimentelle Trieb- und Ich-Diagnostik noch sieben andersartige Spaltungsformen aufdecken, die jeweils zu anderen klinischen Manifestationsformen führen<sup>1</sup>. Im Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik haben wir die Spaltungsformen des Sexualtriebes tabellarisch dargestellt<sup>2</sup>. In dieser Tabelle stehen Sadismus und Masochismus als Entmischungsformen, als sogenannte Unitendenzen der Sexualität. Hingegen figurieren die diagonalen Spaltungsformen als Zielinversion des Mannes, als Passivität mit Unterdrückung der männlichen Aggression bzw. als Zielinversion der Frau und gleichzeitig als Sadismus mit Unterdrückung der Liebe. *Daraus folgt, daß die Entmischung der Faktoren der Liebe und des Sadismus zum Sadomasochismus, die diagonale Spaltung der Liebe vom Sadismus aber zur Zielinversion und eventuell zur Homosexualität führen kann.* Kurz formuliert:

*Perversionen sind Legierungsstörungen durch Entmischung, Inversionen hingegen Legierungsstörungen durch Spaltung der Gegensätze im Sexualleben.* Auf die Wichtigkeit dieses Unterschiedes werden wir im Abschnitt über die Psychotherapie noch zurückkommen.

\*

Bevor wir die klinischen Formen des Sadomasochismus tabellarisch darstellen, müssen wir folgendes vorausschicken. Der Masochismus der Frau und der Sadismus des Mannes entsprechen – trotz dem quantitativ krankhaften Grad der Entmischung – irgendwie dennoch der natürlichen Rolle der Geschlechter. Darum nennen wir diese Entmischungen orthotropistische Perversionen.

Im Gegensatz zu diesen Formen stehen die von MAGNUS HIRSCHFELD<sup>3</sup> mit dem Terminus «Metatropismus» bezeichneten Perversionen, worunter er den Sadis-

<sup>1</sup> SZONDI, L.: a) Ich-Analyse, S. 280 ff., 286 ff.

b) Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik, 1960, S. 89–101, 115–125, 147–173, 188–202.

c) Siehe Kapitel XXXIII im vorliegenden Buch.

<sup>2</sup> Zit. Arbeit, S. 99–101.

<sup>3</sup> HIRSCHFELD, M.: Sexuelle Zwischenstufen. Marcus & Weber, Bonn, 1918, S. 224 ff.

mus der Frau und den Masochismus des Mannes versteht. Bei dem Metatropisten wirkt also die Entmischung in einer dem Normalen entgegengesetzten Richtung. FREUD nennt den Masochismus des Mannes «femininen» Masochismus, den Sadismus der Frau «virilen» Sadismus.

Das Schema der Formen von Sadomasochismus würde also nach S. FREUD und MAGNUS HIRSCHFELD das folgende sein.

*Tab. 9. Formen des Masochismus und des Sadismus*

<i>Masochismus</i>	<i>Sadismus</i>
<p><i>I. Primärer Masochismus:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primärer Todestrieb = Urmasochismus</li> <li>2. Moralischer Masochismus (Strafbedürfnis)</li> </ol> <p><i>II. Sekundärer Masochismus:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erogener Masochismus</li> <li>2. Femininer Masochismus des Mannes = metatropistischer Masochismus</li> <li>3. Orthotropischer Masochismus der Frau</li> </ol>	<p><i>I. Primärer Sadismus:</i></p> <p>Der Sadismus des Über-Ichs (Ursadismus)</p> <p><i>II. Sekundärer Sadismus:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Projizierter Todestrieb = Destruktionstrieb</li> <li>2. Viriler Sadismus der Frau = metatropistischer Sadismus</li> <li>3. Orthotropistischer Sadismus des Mannes</li> </ol>

Man kann wohl dieses Schema klinisch anwenden, theoretisch müssen wir aber daran denken, daß das Wort «erogen» stets mit dem «mortitudinär» zu ersetzen sei, da u.E. eben die Libido beim Sadomasochismus fehlt, und nur der Destruktionstrieb, ungesteuert von der Libido, im Sexus waltet.

*Die Heredität* der masochistischen und sadistischen Perversionen ist in der Literatur kaum bearbeitet. Auf Grund der Stammbäume unserer eigenen Fälle läßt sich vorderhand folgendes sagen:

1. Sadomasochismus zeigt eine enge familiäre Beziehung zur Homosexualität. Im Fall 37 war der Bruder der Mutter ein Transvestit, ein Vetter der Masochistin homosexuell.

2. Die Hurerei kommt ebenfalls unter den Familienmitgliedern der Sadomasochisten vor.

3. Der Sadismus – bis zum Mord gesteigert – weist oft eine familiäre Verbindung zum epileptiformen Kreis (siehe Schicksalsanalyse, Stammbaum 77, S. 353). Daher auch die Wahl von Homo-sacer-Berufen in Mörderfamilien (siehe Fall 19).

4. Auch das Paranoide hat Erbbeziehungen mit dem Sadomasochismus.

5. Homologe Vererbung des Sadismus in bestimmten Familien ist auch registriert. (So in Schicksalsanalyse, Stammbaum 78, S. 353–354.)

In diesen Fällen müssen wir von einem genuinen Sadomasochismus sprechen. Ob auch eine rein traumatische Form des Masochismus und Sadismus, ohne jegliche konstitutionelle Faktoren, möglich sei, wird nach der schicksalsanalytischen Erfahrung bezweifelt. Die Entmischung der Sexualität, die Loslösung der sadomasochistischen Triebstrebungen von der Liebe, im besonderen die extreme Stärke des Sadismus im Sexualleben, scheint uns ohne Ausnahme konstitutionell bedingt zu sein.

*Die experimentelle Strukturanalyse der Sadomasochisten.* Im Archiv der Internationalen Forschungsgemeinschaft für Schicksalspsychologie stehen uns derzeit Testserien von 27 Masochisten und 32 Sadisten zur Verfügung, die U. STUDER-SALZMANN strukturanalytisch bearbeitet hat.

1. Die *Sexualindices* standen sowohl bei den masochistischen Frauen ( $n = 14$ ) wie bei den masochistischen Männern ( $n = 13$ ) zumeist *unter* 40% Dur. Das heißt, sie gaben eher weiche, weibliche Reaktionen. Den niedrigsten Durindex lieferte eine masochistische Phobikerin mit 1,7% Dur, bei den Männern ein Stotterer mit 12,2%. Der höchste Durgrad war bei Frauen 51, bei Männern 63,6. Die Zahl der sadistischen Frauen war 17, die der Männer dieser Art 15. *Die Hälfte dieser Frauen lieferten hohe Durwerte* (52,5% bis 76,6%). Von den 15 sadomasochistischen Männern gaben nur vier Durwerte über 60%.

2. Der *Sozialindex* stand bei den 14 masochistischen Frauen nur viermal, bei den 13 masochistischen Männern sechsmal über der sozial-kritischen Zahl von 40%. Von den 27 Masochisten beider Geschlechter waren demnach nur 10 Personen sozialpositiv. Anders die sadistischen und sadomasochistischen Frauen. Von 17 lieferten 11 sozialpositive Indices von 42,5% bis 73,2%. Von den 15 sadistischen und sadomasochistischen Männern waren 7 (also fast die Hälfte) ebenfalls sozialpositiv. Von 32 Sadisten bzw. Sadomasochisten waren somit insgesamt 18 sozialpositiv im Experiment. Nach diesen vorläufigen Angaben könnte man daran denken, daß der Masochismus den Menschen leichter zur Sozialnegativität führt als der Sadismus. Masochisten sind oft arbeitsgestörte Menschen. Sadisten sind Draufgänger und erlangen im sozialen Leben oft Erfolge. Erst die weiteren Untersuchungen werden diese paradoxe Erscheinung endgültig aufklären.

\*

*Die Ich-Struktur der Sadomasochisten.* Bei den Pervertierten haben wir 1952 zwei Arten von Ich-Veränderungen hervorgehoben. Erstens, daß sie ihre Ergänzungs- und Vollkommenheitsansprüche ausschließlich auf dem Gebiet der Sexualität und nicht auf einer höheren Ebene suchen. Zum zweiten, daß die Ich-Störung der Pervertierten speziell in der Besitznahmefähigkeit der Objekte, d.h. im Haben, bestünde. Die normale Inbesitznahme des Partners bringt bei ihnen – vermutlich wegen des Ausfalles der Liebe – nicht das sichere Gefühl: «Ich habe den Partner in der Tat in Besitz genommen.» Eben wegen der Unsicherheit im Haben schlagen sie den Partner – oft bis zu Tode. Darin sehen wir auch den Sinn des Fetischismus, Masochismus, des Lustmordes und der Nekrophilie. Das Fehlen der Bindung durch Liebe zwingt sie, aus dem Partner eine tote Materie – ähnlich dem Fetisch – zu machen, denn die «tote Materie» können sie de facto in die Hand nehmen (Sadismus) oder als Materie dem Partner geben (Masochismus). Daher unsere Auffassung, daß die Ich-Störung auch beim Sadomasochismus an erster Stelle *in der Störung des Habens* bestehe. Diese Störung im Haben hängt aber mit der Entmischung und Loslösung von der Liebe kausal zusammen<sup>1</sup>.

Hier sollen noch folgende Auffassungen über den Sinn der Perversionen kurz erwähnt werden<sup>2</sup>. O. SCHWARZ (1935) betont dabei die Störung der normalen

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie. Bd. I, S. 367 ff.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu: SZONDI, L.: Triebpathologie, Bd. I, 1952, S. 365–367.

Partnerschaft<sup>1</sup>. Nach VON GEBSATTEL ist Perversion eine Zerstörung, eine Erhebung eines Teiles zum Ganzen, und zwar unter Ausschaltung des Ganzen<sup>2</sup>. E. STRAUSS stellt die Hypothese auf, daß der Sinn der Perversionen die Entwertung der Werte durch die perverse Tat wäre<sup>3</sup>. M. BOSS meint, daß, vom Aspekt der Daseinsanalyse gesehen, Perversionen dann zustande kämen, wenn die «Liebestransparenz der Daseinsfülle» in der geistigen Persönlichkeitssphäre durch weltbedingte Enge oder Angst beeinträchtigt wird<sup>4</sup>.

*Fall 37. Lebensgeschichte und Pathogenese einer Masochistin.* Die 50jährige Patientin wurde mir von einem Internisten zugewiesen, bei dem sie wegen einer Nebennienschwäche und Eßhemmungen behandelt wurde. Sie stand zu dieser Zeit in einer bereits vier Jahre dauernden Scheidungskrise, die ihre seelischen Kräfte völlig verbrauchte. Ihre Jugend und ihre Ehe waren ein Tal der Leiden. Der Vater, ein äußerst erfolgreicher Anwalt, ein Glücksspieler und ein Misanthrop, war ein pathologischer Sadist, der seine einzige Tochter wie seine Sklavin behandelte. Er zwang sie z. B. in jungen Jahren sich Schlangen um den Hals zu ringeln, da er sah, daß sie ein Grauen davor hatte. Sie mußte nur mit ihm täglich spazieren, da er weder Männer noch Mädchen in ihrer Nähe duldete; außerdem war er ein Schuhfetischist. Er hatte 40 bis 50 Paar Schuhe und zwang die Tochter häufig, Männerschuhe zu tragen. Es kam noch in der Pubertät vor, daß der Vater plötzlich in ihrem Schlafzimmer erschien, die Decke herunterriß und visitierte, ob sie nicht «unanständig» war. – Die Mutter, eine primitive Sadistin, wollte sie nicht stillen; sie war krankhaft narzißtisch, nur mit sich selbst beschäftigt und las den ganzen Tag Romane. Die Tochter sah öfters, wie die Mutter während des Lesens onanierte und machte es ihr nach. Sie hatte deshalb furchtbare Angst vor dem Vater. Die Mutter, die von ihrem Mann auch brutalisiert und von ihrer Schwiegermutter geplagt wurde, war eifersüchtig auf ihre Tochter und rächte sich an ihr, indem sie sie mit einer Rute massiv schlug. Patientin glaubt, daß die Mutter sich auf diese Art sexuell befriedigte. Sie haßte Vater und Mutter und wünschte beiden den Tod. Viele Jahre später, als sie schon verheiratet war, las sie in den Morgenzeitungen immer zuerst die Todesanzeigen und suchte diejenige des Vaters. Die Eifersucht der Mutter war dadurch begründet, dass sie sah, wie ihr Mann die Tochter schon in der Pubertät mit sexueller Begierde ansah. Die Liebe und die Eifersucht des Vaters waren so groß, daß er sie mit 16 Jahren wegen eines Flirts auf zwei Wochen in ihr Zimmer einsperrte und danach in eine Klosterschule schickte. Hier verliebte sie sich sofort in eine Klosterfrau, ließ sich ihre Haare abschneiden und wollte Nonne werden. Der Vater war aber dagegen. Sie mußte dann wegen einer tuberkulösen Rippenfellentzündung mit einer Gesellschafterin in die Berge gehen. Hier knüpfte sie eine Reihe oberflächlicher Flirts an, ohne enge Bindung. Durch einen Freund lernte sie ihren Mann, einen Juristen, kennen, verlobte sich sofort und heiratete kurz darauf. Es war natürlich eine Flucht vor den Eltern in die Ehe. Ihr Mann, ein gewesener Theologiestudent, war ein weicher Wüstling, ein schlauer, heuchlerischer Mitgiftjäger, der ihre konsti-

<sup>1</sup> SCHWARZ, O.: Sexualpathologie. Weidmann & Co., Wien-Leipzig-Bern, 1935.

<sup>2</sup> VON GEBSATTEL: Über Fetischismus. Nervenarzt, 2, 8, 1927.

<sup>3</sup> Zitiert nach KUNZ, H.: Zur Theorie der Perversionen, Monatsschr. f. Psych., 105, 1942.

<sup>4</sup> BOSS, M.: Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen. Huber, Bern, 1947.

tutionell überstarke Sexualität nie befriedigen konnte. So blieb sie auch in der Ehe an der Selbstbefriedigung haften. Nach der Geburt ihres Sohnes steigerte sich ihre Ablehnung dem Gatten gegenüber so sehr, daß sie schwer depressiv wurde, besonders als das Kind wegen einer Lungenaffektion nach Arosa gehen mußte. Die Depressionen wurden aber bald von hypomanischen, sexuell-haltlosen Phasen begleitet. Ihr erster Liebhaber war ein Kaffeehausmusikant, ein sadistischer Geiger, den sie «rasend liebte». Sie gab ihm Geld und große Geschenke. Als die Familie dies erfuhr, brachte man sie zu einem Psychiater, der sich ihr gegenüber angeblich unseriös benahm. Der zweite Liebhaber, ein Mediziner, war auch ein Sadist, der sie mit einer Gabel gestochen hat. Sie verliebte sich «verrückt» in diesen Mann. Als er sie verließ, schnitt sie sich die Adern auf und vergiftete sich mit Schlafmitteln, sie kam in eine psychiatrische Klinik. Als man sie gerettet hatte, sagte der Vater zu den Ärzten: «Warum habt ihr sie nicht sterben lassen?» Ihr Mann wollte sich des Geldes wegen nicht scheiden lassen, und so kam sie aus der Klinik wieder zu ihm zurück. Nun versuchte man, sie durch die Religion umzuerziehen und ließ einen Mönch zu ihr ins Haus kommen. Dieser Mönch war auch ein Sadist, der junge Löwen und Tiger dressierte und sehr bald der dritte Liebhaber unserer Patientin wurde; sie wollte von ihm ein Kind. Der vierte Mann in der Reihe ihrer Liebhaber war wieder ein Mediziner.

Inzwischen wurde die Lungenaffektion ihres Sohnes so ernst, daß er andauernd in der Höhe leben mußte. Unsere Patientin pflegte ihn aufopferungsvoll und lebte mit dem kranken Sohn acht Jahre lang wie eine Nonne. Dann begann eine neue Phase der sexuellen Haltlosigkeit. Sie verliebte sich in einen Oberkellner, der sie materiell ausnützte. Die Familienszenen blieben nicht aus, worauf sie sich zum zweitenmal mit Schlafmitteln das Leben nehmen wollte. Als sie nun dem Tode wieder entzogen wurde, setzte sie die Beziehung zu diesem Oberkellner sogleich weiter fort. Als er sie einmal im Stich ließ, wollte sie sich aus dem Fenster stürzen. Nach diesem dritten Selbstmordversuch mußte sie in eine Psychoanalyse gehen, die drei Jahre dauerte und wegen plötzlichen Todes der Analytikerin ein frühzeitiges Ende nahm. Das Hauptthema in der Analyse war ihre Inzestliebe zum Vater. Dann kam der Krieg und mit ihm die erste orgasmische Beziehung der damals 42jährigen Patientin zu einem 21jährigen Soldaten. Den wechselte sie bald mit seinem Freund aus, einem blonden, 28jährigen «Parzival». Während dieser Liebe beging sie ihren vierten Selbstmordversuch mit Aufschneiden der Adern. So kam sie wieder in eine Reihe von geschlossenen Anstalten, wo sie oft tobte. Dann wurde sie wieder entlassen, nahm sich einen Anwalt und wollte sich von ihrem Mann, «von diesem Henker», scheiden lassen. In einer Depressionsphase redete sie in einem Buffet einen Mann an, und dieser wurde ihr Verhängnis. Er war ein emigrierter Arzt, mit dem sie zwei Jahre wie in einer Ehe zusammen lebte. Sie führte den notdürftigen Haushalt, kochte, wusch und putzte den ganzen Tag; sie war ihm krankhaft hörig. Dieser Mann war polymorph pervers: ein Analmasochist, sie mußte ihm in seinen Mund pissen, auf ihm reiten, oft behandelte er sie so brutal wie ihr sadistischer Vater. Sie wurde gräßlich geplagt, bekam Gelbsucht, magerte ab, und nachdem der Mann wegen Konkubinats ausgewiesen wurde, erlitt sie einen Nervenzusammenbruch, liebte ihn aber dennoch weiter. Von da an verbrachte sie ihr Leben als schwerkranke Frau, teils in ihrem Heim, teils in Spitälern. Sie aß nicht, lag stets im Bett, magerte bis zum Skelett ab, bis sie dann in ihrem 59. Lebensjahr an Urämie starb.



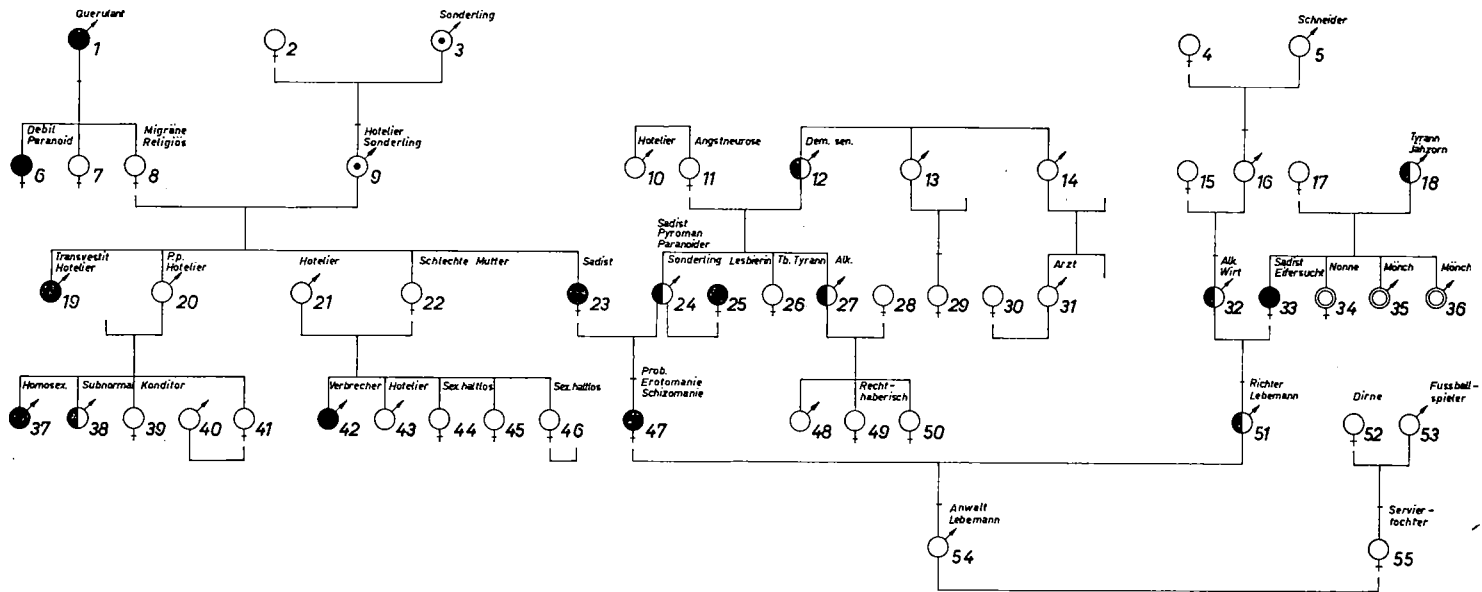


Abb. 18. Stammbaum einer Masochistin zum Fall 37

Es gehört in den Rahmen dieses masochistischen Schicksals, daß ihr Mann mich nach ihrem Tode besuchte. Er war von Schuldgefühlen und Selbstanklagen vollständig zermürbt, weinte ständig und verlangte die Freisprechung von seiner Schuld, da die Frau ihm – kurz vor ihrem Tode – den Vorwurf machte: «Schau, was hast du aus mir gemacht?» Dieser von Schuld- und Strafangst geplagte Mann beichtete mir alle seine Verhältnisse und hielt hartnäckig dabei fest, daß die Frau nur darum haltlos wurde, weil er sie zuerst betrogen hatte. Es war eine schwere Aufgabe, ihn zu überzeugen, daß seine Frau an einer psychopathischen Form der Erotomanie gelitten hatte, die auf einer inflativen, schizophrenen Ich-Störung fußte und hereditär war.

*Ätiologie und Heredität.* War diese vielgeplagte Frau Opfer ihrer Umwelt? Die Rolle der erlittenen Schäden durch die Eltern und die Männer ist nicht zu leugnen. Auch die Selbstmordversuche zeigten einen psychopathisch-hysterischen Charakter. Und dennoch kann man hier nicht von einem erworbenen, traumatisch-neurotischen, erogenen Masochismus sprechen. Für die Richtigkeit der Annahme einer *konstitutionellen, überstarken, pervertierten Triebstärke und einer hereditären Ich-Veränderung* sprechen die Ergebnisse der Familienforschung.

#### *A. Die sexuellen Aberrationen in der Familie*

1. *Transvestit* war der Bruder der Mutter (19), der sich als Königin Elisabeth, Maria Stuart, Walküre, Salome transvestierte. Dieser Onkel, ein Hotelier, interessierte sich nur für Schauspiel- und Tanzkunst, hatte nie mit Frauen zu tun.

2. *Homosexuell* waren: ein Vetter mütterlicherseits (37), Sohn eines Hoteliers (20), der an Paralysis progressiva starb. Ferner war die zweite Frau des Vaters (25) Lesbierin.

3. *Sadisten* waren: der Vater (24), der auch Pyroman war, die Mutter (23) und der Bruder des Vaters (27), ein Alkoholiker.

4. *Schubfetischist* war der Vater (24).

5. Sexuell haltlos: zwei mütterliche Basen (45, 46), die Probandin (47) und ihr Sohn (54), der eine Serviertochter (55) heiratete, deren Mutter eine Dirne (52) war.

Auch die Berufswahl der Familienmitglieder ist ein Indiz für die sich hier überstark manifestierende, konstitutionelle sexuelle Abnormität.

1. *Hoteliers* waren: der mütterliche Großvater (9), zwei mütterliche Onkel (19, 20), der Mann der mütterlichen Tante (21), ein mütterlicher Vetter (43) und der Bruder der väterlichen Großmutter (10). 2. *Konditor* war der Mann einer mütterlichen Base (40).

#### *B. Konstitutionelle Ich-Veränderungen in der Familie*

1. *Querulant* war der mütterliche Urgroßvater (3).

2. *Paranoid*: der Vater (24). Man mußte stets die Treppe untersuchen, ob sich dort niemand verborgen aufhielt, ferner auch die Großtante mütterlicherseits (6) sowie der väterliche Großvater (12), der im Alter an Dementia senilis paranoides litt.

3. *Debil* und intellektuell subnormal waren die paranoide Großtante (6) und ein mütterlicher Vetter (38).

4. *Kriminell* war ein Vetter mütterlicherseits (42).

### *C. Paroxysmale Erkrankungen in der Familie*

1. *Migräne* hatte die mütterliche Großmutter, eine bigott-religiöse Frau (8).
2. *Asthmoid* waren der Vater (24) und die Probandin (47).
3. *Angstneurotisch* war die väterliche Großmutter (11).

### *D. Die Wahlhandlungen*

der Patientin und ihres Sohnes bestärken die Annahme eines hereditären, genuinen Masochismus.

1. Ihr Mann (51) war ein Lebemann, dessen Mutter eine eifersüchtige Sadistin (33), deren Vater (18) ein jähzorniger Tyrann. Der Vater des Gatten (32) war Wirt und Alkoholiker (Selbstdestruitor), der väterliche Urgroßvater (5) Schneider. Alle illegitimen Beziehungen der Probandin führten sie zu Sadosochisten.

2. Die krankhafte Erbstruktur der Familie manifestierte sich aber noch auffälliger in der Partnerwahl des Sohnes der Probandin. Dieser (54), ein Anwalt, führte vor seiner Ehe ein sexuell haltloses Leben. Er heiratete später eine Serviertochter (55), die die uneheliche Tochter eines Fußballspielers (53) und einer Dirne (55) war. Vor der Ehe führte auch seine Frau ein haltloses Leben.

*Die Existenzstruktur* der Patientin zeigt im Vordergrund nur krankhafte Daseinsmöglichkeiten: 1. die inflativ-paranoide, 2. die pervertierte, 3. die psychopathische, 4. die präpsychotische und 5. die hysteroiden Existenzform. Die Patientin hat alle diese pathologischen Schicksalsmöglichkeiten in der Tat gelebt, hingegen die prognostisch günstigeren Existenzformen kaum. Diese wären: 1. die paroxysmal-epileptiforme, 2. die zwangshafte und 3. die humanisierte Existenzmöglichkeit. Alle blieben aber bei ihr ein Leben lang im Hintergrund. Sie erschienen höchstens in ihrer Wunschwelt (Nonne).

Die dreijährige Analyse bei einer Analytikerin blieb eben darum für ihr künftiges Schicksal völlig erfolglos, weil sowohl die pervertierte Triebrichtung wie auch die psychopathisch-präpsychotische Ich-Veränderung mehr hereditärer als erworbener Natur war. Als die 50jährige Patientin zu mir kam, war sie körperlich und seelisch so krank, daß eine Schicksalsanalyse nicht mehr in Frage kam. Vielleicht hat ihr Vater die für sie einst möglich gewesene und günstigste Chance ihres Schicksals verfehlt, als er ihren Wunsch, Nonne zu werden, brüsk ablehnte. Für die Richtigkeit und Möglichkeit dieses Berufswunsches spricht nicht nur die Zwangsexistenz im Hintergrund, sondern der genotropische Umstand, daß die Tante des Mannes Nonne (34), zwei seiner Onkel (35, 36) Mönche wurden, hingegen die Schwester dieser drei geistlich-sublimierenden Menschen, also die Schwiegermutter der Patientin (33), genau so eine eifersüchtige Sadistin war wie ihre beiden Eltern.

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER AFFEKTSTÖRUNGEN

### Kapitel XXX

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER PAROXYSMAL-EPILEPTIFORMEN ANFALLSNEUROSEN

*Begriffsbestimmung:* Das Wort «Paroxysmus» wird in der Psychiatrie nicht in dem gleichen Sinne gebraucht wie in der Schicksalspsychologie. Der Psychiater versteht unter Paroxysmus meistens nur die Bewußtseinsstörungen und die motorischen Erscheinungen im Rahmen des «epileptischen Syndroms»<sup>1</sup>, man bekommt den Eindruck, daß er die Eigenschaftswörter «paroxysmal» und «epileptiform» synonym gebraucht. Dem ist aber nicht so, auch wenn diese zwei Begriffe sich auf Prozesse beziehen, die zumeist *nacheinander* erscheinen. Es lohnt sich daher, auf die ursprüngliche Sinnggebung der zwei Wörter zurückzugreifen.

Das griechische Wort *παροξύνω* hat folgende Bedeutungen: scharfmachen, anreizen, zu etwas anregen, aufbringen, erbittern, in Zorn setzen. Im Passivum in bezug auf eine Krankheit: heftiger werden, entzündlichen Charakter annehmen (Hippokrates)<sup>2</sup>. Das andere Wort *ἐπιλαμβάνω* will sagen: etwas feindlich angreifen, überraschen oder aber zurückhalten, hemmen. Im Passivum: von einer Krankheit überfallen, gelähmt werden<sup>3</sup>.

Wollen wir dem ursprünglichen Sinn dieser zwei Wörter auch in der Psychiatrie und Psychologie treu bleiben, so ergibt sich folgender Unterschied in ihrem Gebrauch.

*Paroxysmal* nennen wir den seelischen Vorgang, in dem die Person von den groben Affekten, also von Wut, Haß, Zorn, Rache, Neid und Eifersucht, die sie aufstaut, zu etwas angeregt, aufgebracht, scharfgemacht wird. Erst nach diesem paroxysmalen Zustand kann der epileptiforme Prozeß als die zweite Phase einsetzen, in dem sie dann den Feind überraschend angreifen will, ja sogar zu einem Totschläger werden kann. Oder aber sie hält die paroxysmal aufgestaute Wut in sich zurück und richtet den feindlichen Angriff passiv gegen sich. Dann wird sie selber von dem Angriff überfallen, und erst danach erscheint der Anfall.

*Der paroxysmale Vorgang geht somit stets dem epileptiformen voraus.* In der paroxysmalen Phase wird die Energie der groben Affekte aufgetaut. Sie ist somit die see-

<sup>1</sup> SELBACH, H.: Die zerebralen Anfallsleiden. Hdb. d. inneren Medizin, Bd. V, dritter Teil, Neurologie, S. 1082 ff.

<sup>2</sup> PAPE, W.: Griechisch-deutsches Handwörterbuch. Vieweg & Sohn, Braunschweig, 1849, Bd. II, S. 516.

<sup>3</sup> Ebenda: Bd. I, S. 849.

lich vorbereitende, die energieaufstauende Phase, ohne die es – abgesehen von cerebral-organischen Leiden – nie zu einem Anfall käme. In der epileptiformen Phase wird sodann dieselbe aufgestaute Kraft entweder aktiv nach außen oder aber passiv gegen sich selbst gerichtet. In der aktiven epileptiformen Phase will die Person den wirklichen oder vermeintlichen Feind töten; in der passiven hält sie die tötende Kraft gegen die Umwelt zurück und versucht, sich selbst total oder partiell zu töten. Wir sagen: die Person wird von einem Anfall «überfallen». Somit gelangen wir zu dem tiefenpsychologischen Sinn des Anfalls im allgemeinen, den S. FREUD und W. STECKEL im folgenden formuliert haben:

*Anfall ist ein Symptom, das als Ersatz und Anzeichen eines unterbliebenen tötenden Anspruchs erscheint. Anfallsneurotiker erkranken also u.E. nicht an der Verdrängung der Sexualität, sondern an der zurückgehaltenen tötenden Gesinnung, die sie gegen sich wenden.*

Es ist schon hier notwendig zu betonen, daß diese tötende Gesinnung nicht durch die mortitudinöse Kraft des Sadomasochismus genährt wird, sondern von der Energie der aufgestauten groben Affekte, mit welcher der Angriff gegen den Feind oder gegen sich selbst geführt wird. Da die Anfallsneurotiker die groben Affekte aufstauen, um den vermeintlichen Feind, den Rivalen, zu töten, sagen wir, sie leiden an dem «Kainskomplex». *Sie sind Kainiten und nicht primär Sadisten. Die Anfallskrankheiten nennen wir auch die «Kainskrankheiten», da im Zentrum ihres Komplexes die tötende Gesinnung Kains steht.*

Neben den paroxysmalen und epileptiformen Phasen erscheint bei den meisten Anfallskrankheiten noch eine dritte Phase, in der diese Kainiten ihre tötende Gesinnung wieder gutmachen wollen. Es ist die *hyperethische*, oft auch *hyperreligiöse «Wiedergutmachungsphase»*. Der Übergang von der tötenden Gesinnung in die gutmachende Phase ist ein plötzlicher.

Ein 18jähriger, debiler, genuiner Epileptiker<sup>1</sup> hatte vor dem Anfall die Gewohnheit, angezündete Zündhölzer ins Gesicht der Mutter zu schleudern, oder ihre Kleider in den Ofen zu werfen. Nach dem Anfall war er übertrieben folgsam, half der Mutter, wo er nur konnte und überschwemmte sie mit Zärtlichkeiten. Ein anderer Epileptiker mit poriomänen Anfällen küßte die Hand der Mutter unzählige Male, so oft er sie nur antraf. Ein Mann, der wegen Totschlages viele Jahre im Gefängnis saß, wurde danach Wanderprediger.

Nach der Bibel war Moses auch ein Anfallskranker. Erstens hatte er «eine schwere Zunge», d.h. er stotterte. Zum zweiten erschlug er im Affekt einen ägyptischen Aufseher. Nachher flüchtete er, hatte später religiöse Visionen und Halluzinationen, hörte die Stimme Gottes und wurde sein Prophet. So kam es, daß ein stotternder Totschläger seinem Volk die Gesetzestafeln gebracht hat. Symbolisch können wir somit die dritte Phase auch die des «Moseskomplexes» nennen.

Im Laufe einer Anfallsneurose kann man also *drei* psychopathologische Phasen unterscheiden: 1. *die paroxysmale, affektaufstauende*, 2. *die epileptiforme, kainitische* und 3. *die des Wiedergutmachens*. Nach Ablauf der dritten Phase beginnt der Prozeß von neuem.

---

<sup>1</sup> Vgl. die 12 Triebprofile des Patienten im «Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik». II. Aufl., 1960, S. 56–57.

## *A. Körperliche und seelische Konstitutionsanalyse des epileptiformen Anfallsmenschen in der Psychiatrie*

Die Konstitution der Anfallsneurotiker wurde Jahrzehnte hindurch von verschiedenen Aspekten her untersucht.

1. Die körperlichen Untersuchungen nach dem KRETSCHMERSCHEN Schema beschäftigte viele Psychiater. Die Feststellung E. KRETSCHMERS, daß unter genuinen Epileptikern im besonderen die dysplastischen und athletischen Körperbautypen auffallen, wurde von K. WESTPHAL (1931) auf Grund von 1505 Epileptikern bestätigt, indem er 29,5% Dysplastiker und 28,9% Athletiker unter den Epileptikern fand<sup>1</sup>. Unsere Kritik dieser Art von Erforschung der Radikale lautete (1952)<sup>2</sup>, daß die Anlage als Radikale meistens nicht manifest im Phänotypus erscheint, sondern aus der Latenz her wirkt und nur episodisch in den Vordergrund drängt. Darum kann man mit Körperbauuntersuchungen niemals die Radikale des Anfallsleidens mit Sicherheit feststellen.

2. Die *iktaffine Konstitution*<sup>3</sup> (ictus = Schlag, Schnitt, Schuß) wurde von F. MAUZ (1937) an 500 Krampfkranken einer genauen Untersuchung unterworfen. Der Autor unterscheidet drei Gruppenkreise: 1. die *enechetische Konstitution*, 2. die kombinierten *Defektkonstitutionen* und 3. die *iktaffine Diathese*.

Der enechetische Konstitutionskreis ist der einheitlichste und erfaßt die Kerngruppe der Epilepsie. Seine leitenden Merkmale sind: der generalisierte Krampfanfall, die Absence, im besonderen aber das «Haften» bzw. das «Haftsyndrom» (ἐν-έγω = haften, festhalten, hängenbleiben).

MAUZ behauptet, daß bei dem enechetischen Konstitutionskreis «die feineren körperlichen Konturen und Gliederungen, der symmetrische Aufbau, das lebendige Zusammenspiel eines hochentwickelten Innervationsgefüges, das Durchgebildete und Sphärische einer graziösen und nuancierten Motorik» genau so wie die Differenzierung im Trieb- und Affektleben fehlen. Bei den Epileptikern dieser Gruppe wie auch bei ihrer Sippschaft fallen «träge Naivität» und «Hypersozialität» auf.

H. SELBACH (1938, 1945, 1953) identifiziert diese psychosomatische Undifferenziertheit mit einer Mangelhaftigkeit der Sympathikusfunktion<sup>4</sup>. Auch dieser Autor betont, daß das «Haftsyndrom» das Kernsymptom der Wesensveränderung der genuinen Epileptiker darstellt. Die Verlangsamung und Trägheit aller psychischen Vorgänge, die Pedanterie, die Umständlichkeit, die Perseverations-tendenz und Selbstgerechtigkeit sollen bei den Epileptikern schon nach BUMKE neben den Anfällen obligat sein.

Zum Kreis der kombinierten Defektkonstitutionen zählt MAUZ a) die vasomotorisch-explosiven Athletiker, b) die asthenische reflex-hysterische Konstitution und c) die hysterio-epileptische Konstitution als eine Kombination der beiden. In diesem Kreis fand MAUZ auch die epileptischen Kriminellen, die hysterioepileptischen Psychopathen und die schwachsinnigen Anfallskranken. In den Familien dieser Kranken sollen nach ihm unklare Psychosen, atypische organische Ner-

<sup>1</sup> WESTPHAL, K.: Körperbau und Charakter der Epileptiker. *Nervenarzt*, 4, 96, 1931.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: *Triebpathologie*. Bd. I, S. 85 f.

<sup>3</sup> MAUZ, F.: *Die Veranlagung zu Krampfanfällen*. G. Thieme, Leipzig, 1937.

<sup>4</sup> SELBACH, H.: *Die zerebralen Anfallsleiden*. Hb. der inneren Medizin, V. Dritter Teil. Neurologie, S. 1092.

venleiden, Debilität, Taubstummheit, Demenzzustände, Wachstumsstörungen aller Art, ferner Störungen des Kreislaufes, des Wasserhaushaltes, kurz dysplastische Individuen, figurieren. Das Anfallsleiden manifestiert sich im Kreise der kombinierten Defektkonstitutionen äußerst mannigfaltig: einfache motorische Erregung, angsthafte Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen und Halluzinationen, schwere Depressionen oder Aggressionen und suicide Anfälle, die wir *Thanatomanie* nennen.

Die iktaffinen Diathesen sind «Verdünnungsformen» sowohl der kombinierten Defektsituationen als auch der massiven enechetischen Konstitutionsgruppe. MAUZ trennt diese Gruppe von dem enechetischen Kreis durch die bedeutend höhere Differenzierung der kranken Personen und ihrer Familienmitglieder, da hier die Systemminderwertigkeiten von reversibler und somit auch leichter Natur sind. Die Anfälle sollen nur in den sogenannten iktophilen Lebensperioden (C. SCHNEIDER, 1934) auftreten.

*Der ixothyme und ixoide Charakter und die Ixophrenie nach ERIK STRÖMGREN*<sup>1</sup>: Diese drei Termini beziehen sich alle auf die Klebrigkeit der epileptiformen Menschen. Das Wort ἰξώδης bedeutet: zäh, klebrig wie Vogelleim. Der epileptiforme Charakter der Normalen wird vom dänischen Autor «ixothym», die schon etwas pathologische Form als «ixoid» und die schwer krankhafte, läsionelle Form «Ixophrenie» genannt. Der ixothyme Charakter ist zäh, klebrig, schwer umstellbar, pedantisch, egozentrisch, periodisch verstimmt, episodisch explosiv, gutmütig, gewissenhaft, gerecht, hypersozial. In der Durchschnittspopulation ist ihre Häufigkeit 5 bis 10%.

*Die glischroide Konstitution und die Glischroidie nach FRANZISKA MINKOWSKA*: Auf Grund einer musterhaften genealogischen Familienforschungsarbeit, die sich auf die Abkömmlinge eines Epileptikers – als Ausgangsproband – bezog, stellt die Autorin fest, «daß in einer Familie, in der Epilepsiefälle vorkommen, Menschen existieren, die – ohne die geringste Störung im klinischen Sinne zu bieten – durch einen besonderen Charakter gekennzeichnet sind. Wahrscheinlich bildet dieser Charakter die wirkliche Grundlage, auf der die Manifestationen der eigentlichen Epilepsie sich entwickeln . . . Ich habe provisorisch den Charakter dieser normalen Menschen . . . als *epileptoid* bezeichnet»<sup>2</sup>. Als führenden Zug dieses epileptoiden Charakters betont die Autorin «eine konzentrierte, eingedickte, gestaute, zähflüssige Affektivität, die an den Gegebenheiten der Umwelt haftet». Ferner wird die Ordnungsliebe, die affektive Bindung an die Familie, das Vaterland, an Weltfrieden und Religion, die sittliche Mission betont. Die Eindickung der Affektivität führt zur Stauung und bedingt die explosiven Entladungen.

Auf den Wechsel von Stauung und explosiver Entladung einerseits und auf die Notwendigkeit der Untersuchungen des Geisteszustandes der Epileptiker andererseits, hat schon 1861 JULES FALRET hingewiesen<sup>3</sup>. In bezug auf die Klebrigkeit der Epileptoiden bezieht sich F. MINKOWSKA auf die Arbeit von DUCOSTÉ<sup>4</sup>, der schon

<sup>1</sup> STRÖMGREN, E.: Om den ixothyme Psyke. Hospitals idende, 1936, S. 637–648. Zitiert nach EWALD BOHMS «Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik». II. Aufl., Huber, Bern und Stuttgart, S. 191.

<sup>2</sup> MINKOWSKA, FRANZISKA: a) Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang. Archiv der Julius-Klaus-Stiftung f. Vererbungsforschung. Bd. XII, 1937, H. 1/2.

b) Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères. Ann. Méd. Psych., Juillet, 1923, Paris.

<sup>3</sup> FALRET, J.: De l'état mental des épileptiques, 1861. Zitiert nach F. MINKOWSKA. Monographie, S. 187.

<sup>4</sup> DUCOSTÉ: A propos de l'épilepsie. Ann. Méd.-Psych., 1920.

1920 von einer «bradypsychie morbide» bei Epileptikern sprach. F. MINKOWSKA bezeichnete den epileptoiden Charakter mit dem neugebildeten Terminus «Glischroidie», den sie vom griechischen Verb γλισχραίνωμαι: leimig, klebrig werden, ableitete.

Es ist erstaunlich, wie weitgehend die leimig-zähflüssige Affektivität der Anfallskranken ins Zentrum der Psychokonstitution dieser Menschen gestellt wurde und wie stark die meisten Autoren selber an diesem Haftsyndrom kleben blieben, und mit wie vielen griechischen Wörtern dasselbe Phänomen des Haftens in der Literatur ausgedrückt wurde. Dabei aber bedeuten die Wörter: enechetische Konstitution (MAUZ), Ixoidie (STRÖMGREN), Glischroidie (MINKOWSKA), stets das gleiche, nämlich das zähe Haften und Kleben. Man bekommt den Eindruck, als ob das Haften und Kleben in der Pathogenese der Anfallsleiden die primäre oder die ausschlaggebende Ursache wäre. Dem ist aber nicht so. Ein Blick auf die Tab. 10, die die wichtigsten Ergebnisse der Konstitutionsanalyse des Anfallsmenschen darstellt, genügt, um festzustellen, daß die Tiefenpsychologie den krankmachenden Faktor nicht im Haften und Kleben, sondern in der *tötenden Gesinnung des Kain* erachtet. Das Haften und Kleben ist die Folge dessen, daß diese Menschen eben die tötende Gesinnung Kains stets zurückhalten müssen.

*Die Pathogenese der Anfallserkrankungen* zeigt tiefe Unterschiede, je nach dem, ob sie von organisch denkenden Psychiatern oder von Tiefenpsychologen ausgearbeitet wurde. Hier können wir nur auf folgende Unterschiede kurz hinweisen.

*Die organische Auffassung* wird am klarsten von O. FOERSTER (1926) dargestellt. Er führt den Anfall auf vier pathogenetische Faktoren zurück. Diese sind: 1. die irritativen Noxen als Krampfreize, 2. die erhöhte Krampfbereitschaft, 3. die akzidentellen krampfauslösenden Faktoren, 4. die durch den Anfall geschaffenen iktogenen Faktoren.

O. FOERSTER hat 18 irritative, epileptogene Noxen festgestellt, unter denen er die kongenitalen und traumatischen Hirnprozesse, ferner Tumoren, Parasiten, Syphilis, tuberkulöse Hirnprozesse, Hirnabszeß, Hirnödem, Hirnhaut- und Hirnentzündungen, Sklerosis multiplex, senile Rindenverödung, Zirkulationsstörungen aufzählt und zum Schluß noch die sogenannte genuine Epilepsie und die Epilepsie ohne greifbare Noxen hinzusetzt. Er betont dabei die außerordentliche Wichtigkeit der Gefäßlabilität<sup>1</sup>. Trotz dieser organisch-neurologischen Sicht vernachlässigt aber FOERSTER die Hervorhebung des besonderen psychischen Konstitutionstypus auch nicht.

Die pathogenetische Basis zur Trennung einer genuine Epilepsie von einer «symptomatischen» wird auch durch die genealogischen Untersuchungen von F. MINKOWSKA<sup>2</sup>, G. KOCH und anderen Autoren in Frage gestellt: Das Problem, ob es eine «*psychische Epilepsie*» (GOWERS) gibt, beantwortet H. SELBACH eher positiv. Er glaubt, daß auf Grund einer epileptischen Konstitution es «auch lediglich psychisch manifestierte Erscheinungsformen des Prozesses gibt, die ohne motorische Begleitsymptomatik, zumal ohne generalisierte Motorik verlaufen können»<sup>3</sup>. SELBACH denkt aber hier an die «epileptische Psychopathie» bzw. an das «Epileptoide».

<sup>1</sup> FOERSTER, O.: Zur Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Z. Neur. u. Psychiat. 44, 1926.

<sup>2</sup> MINKOWSKA, W.: Zitierte Arbeit.

<sup>3</sup> SELBACH, H.: Zitierte Arbeit, S. 1092.



Tab. 10. Somatische und psychische Konstitutionsanalyse der Anfallskrankheiten

Autoren	Hauptkreise	Unterkreise und psychische Mechanismen	Bemerkungen
1917-1924 W. STEKEL	I. <i>Echte</i> Epilepsie II. <i>Pseudo-Epilepsie</i>	1. Latente Kriminalität 2. Latenter Lustmord Der Anfall ersetzt das Verbrechen	1917: Onanie und Homosexualität 1924: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung
1920 DUCOSTÉ	<i>Bradypsychie</i> morbide		1920: A propos de l'épilepsie
1927 E. KRETSCHMER	<i>Epileptoide</i> Konstitution	1. Explosive Konstitution 2. Hypersoziale Konstitution	1927: Körperbau und Charakter
1928 S. FREUD	I. <i>Organische</i> Epilepsie II. <i>Affektive, hysterische</i> Epilepsie	1. Der Anfall ist die Bestrafung aus Schuld wegen der Vaterstötungsansprüche 2. Identifizierung mit dem Toten	1928: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr. Bd. XII
1931 K. WESTPHAL	<i>Epileptoide</i> Konstitution	1. Dysplastische K. = 29,5% 2. Athletische K. = 28,9% $\Sigma = 58,4\%$	1931: Körperbau und Charakter der Epileptiker
1936 E. STRÖMGREN	<i>Ixoide</i> Konstitution	1. Ixothymie 2. Ixoidie 3. Ixophrenie	ἰξώδης = klebrig, zäh wie Leim
1937 (1927, 1930) F. MAUZ	Die <i>iktaffine</i> Konstitution	1. <i>Enechetische</i> Konstitution 2. Kombinierte <i>Defektkonstitutionen</i> : a) vasomotorische, explosive Athletiker b) reflex-hysterische Astheniker c) hysterio-epileptische Psychopathen 3. <i>Iktaffine</i> Diathesen	<i>ictus</i> : Schlag, Schnitt, Schuß ἐν-ἔρω = festhalten, haften 1937: Die Veranlagung zu Krampfanfällen Thieme, Leipzig
1937 (1923) FRANZISKA MINKOWSKA	<i>Epileptoide</i> Konstitution oder <i>Glischroidie</i>	1. Pol der viskösen Verlangsamung 2. Pol der explosiven Reaktionen	γλίσχος = leimig 1937: Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang. Archiv J. Klaus, XII
1947, 1952 L. SZONDI	Die <i>paroxysmal-epileptiforme, Kainitische</i> Konstitution	I. <i>Kainskomplex</i> 1. Paroxysmale Phase 2. Epileptiforme Phase II. <i>Moseskomplex</i> 3. Wiedergutmachungsphase	παρ-οξύνω = scharfmachen, anreizen, erbittern, in Zorn setzen ἐπι-λαμβάνω = angreifen, überraschen, zurückhalten. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern

## B. Psychogenese der Anfallsleiden in der Psychoanalyse

Schon 1917 hat W. STEKEL auf Grund der analytischen Behandlung von Epileptikern die Behauptung aufgestellt, der Epileptiker sei ein Krimineller, *der im epileptischen Anfall ein Verbrechen begeht*<sup>1</sup>. Die Epilepsie stellt nach diesem Autor eine besondere Form der Hysterie dar. Das heißt: Im epileptischen Anfall lebt der Kranke verbrecherische, im hysterischen Anfall eher sexuelle Ansprüche aus. 1924 geht W. STEKEL noch weiter und kommt auf Grund von 22 Psychoanalysen von Epileptikern zu folgenden Schlußfolgerungen, die wir wörtlich zitieren:

«1. Die Epilepsie ist häufiger, als wir bisher geglaubt haben, ein psychisches Leiden.

2. In allen Fällen zeigt sie eine starke Kriminalität, die vom Bewußtsein als unerträglich abgelehnt wird.

3. *Der Anfall ersetzt das Verbrechen*, also auch eventuell einen Sexualakt, der ein Verbrechen ist (Selbstschutz gegen Lustmord).

4. Der Anfall entsteht häufig durch die Angst vor der Strafe Gottes und symbolisiert Schuld, Strafe, Geburt, Wiedergeburt und das Sterben.

5. Die Pseudoepilepsie ist durch analytische Psychotherapie heilbar. Die analytische Behandlung muß zugleich eine Rückerziehung zur Arbeit sein.» Bei 70% der analysierten Epileptiker soll STEKEL eine Heilung, beim Rest eine entscheidende Besserung erreicht haben<sup>2</sup>.

1928 hat sodann S. FREUD selber die psychische Entstehung des epileptischen Anfalls anlässlich der Epilepsie von DOSTOJEWSKI in folgender Weise dargestellt: 1. Der Anfall hat den Wert einer Bestrafung; 2. und zwar aus Schuld, daß man einen anderen, meistens den Vater oder die Mutter, totgewünscht hat; 3. nun wird man selbst dieser andere durch Identifizierung mit dem Toten, also der, den man selbst totzuschlagen gewünscht hat, und so ist man selbst tot. FREUD glaubt, daß die organisch vorgebauten Mechanismen der epileptischen Reaktion sich der Neurose zur Verfügung stellen können, und zwar zum Zwecke, Erregungsmassen, mit denen die Person psychisch nicht fertig werden kann, auf somatischem Wege zu erledigen. Auch S. FREUD – wie vor ihm W. STEKEL – faßt somit den epileptischen Anfall als ein Symptom der Hysterie auf. Er unterscheidet eine organische und eine affektive Epilepsie, «wer die eine hat, ist gehirnkrank, wer die andere hat, ein Neurotiker».

Der Anfall ist also nach FREUD eine Selbstbestrafung, vor allem wegen des Wunsches der Vaternötigung<sup>3</sup>. Dieses Urbedürfnis der Vaternötigung wird mit Hilfe eines organisch vorgebildeten Abwehrmechanismus durch die tonisch-klonischen Krämpfe, d. h. durch Selbsttötung, abgewehrt.

## C. Psychogenese der Anfallsleiden in der Schicksalsanalyse

*Die experimentelle Triebdiagnostik* konnte auf Grund von 174 Fällen die von W. STEKEL und S. FREUD aufgestellte Psychogenese des epileptischen Anfalls bestätigen. Bekanntlich enthält das Triebsystem der Schicksalsanalyse einen beson-

<sup>1</sup> STEKEL, W.: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924, S. 560 f.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 543.

<sup>3</sup> FREUD, S.: Dostojewski und die Vaternötigung. Ges. Schr. Bd. XII, S. 7 ff.

deren Trieb, den sogenannten *Paroxysmaltrieb*, mit den zwei aufbauenden Bedürfnissen des paroxysmal-epileptiformen Faktors «e» und des paroxysmal-hysteriformen Faktors «hy». Das Ziel des Paroxysmaltriebes ist, sich *durch Überraschung* vor einer äußeren oder inneren Gefahr zu retten. Der paroxysmal-epileptiforme Faktor staut zuerst die Energien der *groben* Affekte auf; die Person wird in Wut oder Haß, in Zorn oder Rache, in Neid oder Eifersucht versetzt; so entsteht durch die Stauung der groben Affekte die *paroxysmale* Phase. Danach kommt die explosive Entladung in Form irgendeines Anfalls; die Person gerät in die *epileptiforme* Phase. Dann folgt die *Phase der Gutmachung*. Diese drei Phasen konnten wir auf Grund des Triebexperimentes scharf von einander trennen<sup>1</sup>. Der paroxysmal-hysteriforme Faktor hingegen staut die *feineren* Affekte der Liebe und Zärtlichkeit auf und entlädt sie in einem hysterischen Anfall. Auf Grund von signifikanten Testsymptomen kamen wir 1952 zu folgender Pathogenese des epileptischen Anfalls:

1. Der Epileptiker hat das Bedürfnis zu töten. Er steht im Banne der tötenden Gesinnung des Kain (*Kainskomplex*).

2. *Der Anfall ist die Abwehr der tötenden Gesinnung des Kain.*

3. Die fortbestehende tötende Gesinnung bringt auch das andauernde Strafbedürfnis mit sich; daher die Schuld- und Strafängst der Epileptoiden.

4. Das Haftsymptom, die zähe Klebrigkeit, entsteht im Charakter des Anfallsmenschen erst *sekundär*. Und zwar dadurch, daß diese Menschen gezwungen sind, die Tötungsansprüche ständig zurückzuhalten.

Sie kleben und verharren bei einem Ding (Sätze, Gedanken, Menschen), um durch das Nichtweitergehen die Gefahr der tötenden Gesinnung abzuwehren. *Das Haftsyndrom ist also u. E. eine Nebenabwehrart des Kain. Primär macht aber der Kain in ihnen diese Menschen krank.*

5. Die Ich-Veränderungen des Anfallsmenschen sind ebenfalls nur sekundäre Abwehrarten der Tötungsansprüche. Im besonderen benützen sie folgende Ich-Abwehrmechanismen: 1. *Ausreißen* (Poriomanie); 2. *Entfremdung*; 3. *Totale Integration* mit Katastrophenahnungen und im Notfall 4. *Ich-Verlust*, Dämmerzustände.

All diese Testsymptome wurden von meinen Mitarbeitern, L. POLJAK, H. P. DAVID<sup>2</sup> und zuletzt von R. SEIDEL<sup>3</sup> an einem großen Material von je 100 Fällen bestätigt.

*Genetik der Epilepsie.* a) Zwillingsuntersuchungen stammen von CONRAD (1935), von LENNOX (1951) und wurden von G. KOCH (1958) im folgenden zusammengefaßt: Bei eineiigen Zwillingen erreichte die Epilepsiekonkordanz 54,9% (101 von 184 EE-Paaren); bei Zweieiigen nur 9,5% (32 von 338 Paaren). Dies spricht für die Bedeutung der Erblichkeit bei der Epilepsie<sup>4</sup>.

b) Die Familienforschungen zeigten übereinstimmend, daß unter den Familienmitgliedern von Epileptikern die Häufigkeitszahl in der Durchschnittsbevölkerung weit überschritten wird (Tab. 11).

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie. Bd. I, 1952, S. 491–497.

<sup>2</sup> POLJAK, L., und DAVID, H. P.: Vergleichende Syndromanalyse bei 100 Epileptikern und 100 Homosexuellen. Szondiiana II. Huber, 1953.

<sup>3</sup> SEIDEL, R.: Experimentelle Existenzformenanalyse an einem Krankengut von 126 Epileptikern. Juris-Verlag, Zürich, 1962.

<sup>4</sup> Nach v. VERSCHUER: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 333 ff.

Tab. 11. Erbprognose bei den Blutsverwandten von genuinen Epileptikern

Autoren Erbprognose	CONRAD, 1940 Deutschland	POHLISCH, 1950 Deutschland n = 15000	ALSTRÖM, 1950 Schweden n = 897	HARVALD, 1954 Dänemark n = 237
Kinder der Epileptiker	6-8%	} 4-8%	3%	} 4,2%
Geschwister	4%		1,5%	
Eltern			1,3%	
Großeltern, Tanten, Onkel, Neffen, Nichten		1-2%		
Vettern und Basen		0,6%		

Die empirischen Ergebnisse in bezug auf die Frage, ob man auch bei der «symptomatischen» Epilepsie eine genetische Grundlage anzunehmen hat, sind nicht eindeutig. POHLISCH (1950), dem ein Material von 15 000 Krampfkranken zur Verfügung stand, fand in den Familien der hirngeschädigten (symptomatischen) Epileptiker keinen Anhaltspunkt für eine epileptische Erbanlage<sup>1</sup>. G. KOCH untersuchte die Sippschaft von 27 Fällen mit Residualepilepsie nach cerebralen Kinderlähmungen. Er fand in acht Sippen innerhalb der biologischen Verwandtschaftsgrade I (Eltern), II (Großeltern, Onkel-Tanten, Neffen-Nichten) und III (Vettern und Basen) je einen weiteren Fall von genuiner oder symptomatischer Epilepsie. In zwei weiteren Sippen traten pseudo-urämische Krämpfe bei je einem Familienmitglied auf. Ferner nimmt G. KOCH an, daß einzelne Formen von Migräne, synkopalen Anfällen, Kinderkrämpfen, Enuresis nocturna und pavor nocturnus ebenfalls mit einer genuinen Krampfbereitschaft im Zusammenhang stehen können<sup>2</sup>.

Die enge pathogenetische Beziehung der Migräne zur Epilepsie wurde von einigen Autoren bestätigt (BUCHANAN, RICHTER). CURTIUS, der die Beziehung der Migräne zur Allergie betont, nimmt auch eine besondere Migränekonstitution an. STEINER (1932) beschrieb die Trias von erblicher Epilepsie, Enuresis und Migräne.

Bereits 1939 referierten wir über die Genetik von Stottern, Migräne und Epilepsie<sup>3</sup>. Die Ergebnisse faßten wir wie folgt zusammen:

1. Sind beide Eltern gesund aber heterozygot, so werden erwartungsgemäß 11% der Kinder stottern.

2. Ist der eine Ehepartner gesund, während der andere stottert, so werden erwartungsgemäß 25% der Kinder stottern. Beide Häufigkeitsziffern entsprechen beinahe ideal den Werten bei dimer-rezessivem Erbgang.

3. Aus unserer erbbiologischen Analyse folgte ferner die Behauptung, daß die *Epilepsie, die Migräne und das Stottern in engem erbbiologischem Zusammenhang stehen.*

<sup>1</sup> v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 334.

<sup>2</sup> KOCH, G.: Krampfbereitschaft. *Analecta genetica*, Roma, 1955, S. 194.

<sup>3</sup> SZONDI, L.: Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bericht über den I. Internat. Kongreß f. Heilpädagogik. Leemann, Zürich, 1940, S. 35 ff.

Von Probanden mit genuiner Migräne ausgehend, fanden wir in der Elternkategorie gesund  $\times$  gesund 5,2% Stotterer. Ein Prozentsatz, der kaum kleiner ist als die kleinste Erwartungszahl beim dimer-rezessiven Erbgang (6,3%). In gleicher Weise stellte es sich heraus, daß der Prozentsatz der Stotterer, wenn wir von epileptischen Probanden ausgehen, in der Elternkategorie gesund  $\times$  gesund 11,1% beträgt, also gleich groß ist wie in der Geschwisterschaft der Stottererprobanden.

Ausgehend von 100 Stottererprobanden haben wir 2449 Familienmitglieder untersucht und versuchten, auch die Zygotenkonstitution der Stotterer, der Migränekranken und der Epileptiker theoretisch gesondert aufzustellen und dann empirisch auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Wir fanden folgendes:

1. Das Stottern, die genuine Epilepsie und die genuine Migräne sind an *zwei rezessive Genfaktoren* gebundene Erkrankungen.

2. Die drei genuinen Erkrankungen folgen nicht rein dem dimer-rezessiven Erbgang.

3. Beide Genfaktoren haben wahrscheinlich *drei allelomorphe Variationen*, die wir mit den Symbolen A, a', a und B, b', b bezeichnen (multiple Allelie). Der Faktor A ist dominant gegenüber a', der Faktor a' dominant gegenüber a. Das Analoge gilt für den Faktor B bzw. b' und b.

4. Von den Genvariationen hoher Potenz, a' und b', wird angenommen, daß sie nur bei bestimmter Genkonstellation und bei bestimmter äußerer Lebenslage (z. B. Trauma) fakultative Dominanz erlangen können. Das Wesentliche der Genkonstellation, die zur fakultativen Dominanz notwendig ist, besteht darin, daß neben dem einen rezessiven Gen von hoher Potenz auch die anderen Genfaktoren beide eine hohe Potenz haben, d. h. in hochpotenzieller Variation homozygot vorhanden sind. Die fakultative Dominanz stellt sich also nur bei einem monohomomonoheterozygoten Individuum ein, wo alle drei rezessiven Gene von hoher Potenz sind, Aa'b'b' oder a'a'b'B.

5. Den zwei monohomo-monoheterozygoten Genotypen entsprechen nach unserer Theorie auch zwei verschiedene Phänotypen, dem einen die Epilepsie, dem anderen die Migräne; wir können die Genkonstitution Aa'b'b' der Migräne und die Genkonstitution a'a'b'B der Epilepsie zuschreiben, aber auch umgekehrt. Wesentlich ist nur, daß, wenn der eine Faktor bei der Epilepsie heterozygot ist, so dieser Faktor bei der Migräne homozygot ist; bei beiden sind aber alle drei rezessiven Gene von hoher Potenz.

6. Das Individuum wird ein Stotterer, wenn es hinsichtlich beider Faktoren hoher Potenz homozygot ist (dihomozygot) – a'a'b'b' oder beide hochpotenzielle Faktoren fakultativ dominant sind, aa'b'b' oder a'a'b'b' und a'a b'b.

7. Migräne und Epilepsie sind also zwei erscheinungsmäßig verschiedene monohomo-monoheterozygote Formen zweier Genfaktoren von hoher Potenz a' und b'. Das Stottern ist die rein rezessive oder fakultativ dominante dihomozygote Form derselben zwei Genfaktoren von hoher Potenz. *Das Stottern hat also die Bastardform der Epilepsie und der Migräne. Aus der Kreuzung migränekranker und epileptischer Individuen können Stotterer hervorgehen*<sup>1</sup>.

Durch diese genetischen Untersuchungen wurde die Annahme bestärkt, daß bestimmte Anfallsneurosen (Stottern, Migräne usw.) auf der nämlichen Erbbasis

<sup>1</sup> Die ausführliche Darstellung dieser Untersuchungen erschien in der III. Auflage der «Schicksalsanalyse», Benno Schwabe, Basel, 1963.

füßen wie die genuine Epilepsie. Wir nehmen an, daß die verschiedenen Formen der Anfallskranken durch verschiedene Zygotenkonstitutionen zustandekommen.

Die klinischen Formen der Anfallsneurosen. In der Literatur erschienen eine Reihe von Einteilungen der Anfallsleiden, auf deren Erörterungen wie auch auf die der encephalographischen Untersuchungen wir hier verzichten müssen. Wir verweisen unter anderen auf das Buch von L. J. J. MUSKENS<sup>1</sup> (1926) und auf die bereits erwähnten Arbeiten von H. SELBACH<sup>2</sup> und G. SCHORSCH<sup>3</sup>. Diese Autoren behandeln auch die Klinik der sogenannten psychischen Äquivalente bzw. der «Psychismen».

Die Schicksalsanalyse bedient sich mit dem folgenden Schema der klinischen Formen:

A. *Die Haupttrias der Anfallserkrankungen*: 1. Genuine Epilepsie, inbegriffen die Gruppe der kleinen Anfälle (petit mal), Pyknolepsie (FRIEDMANN, 1904), Narkolepsie usf. 2. Migräne, 3. Stottern.

B. *Alle Vasoneurosen*.

C. *Allergische Erkrankungen*: Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Neurodermitis usf.

D. *Glaukom* (STUDER-SALZMANN).

E. *Bettnässen*.

F. *Paroxysmal-epileptiforme Psychismen*: 1. Kleptomanie, 2. Poriomanie, 3. Pyromanie, 4. Dipsomanie, 5. Voyeurtum-Exhibitionismus, 5. Thanatomanie, 6. Affekt-Totschläger.

G. *Präpsychotische und psychotische Paroxysmen*: 1. Paroxysmal-epileptiforme Depressionen, Hypomanien und Manien, 2. Paroxysmal-epileptiforme, paranoide, katatone bzw. heboide Psychosen<sup>4</sup>.

### *Strukturanalyse der Anfallskranken*

1. *Die Sexualstruktur*. Über die Sexualität der Epileptiker schreibt A. MAEDER (1909)<sup>5</sup>, daß sie durch das überstarke Hervortreten des Auto- und Alloerotismus charakterisiert sei. Sie trägt viele infantile Züge und zeigt dennoch eine «sexuelle Polyvalenz». Die Intensität der Libido ist gesteigert. Der Autor betont, daß die Masturbation oftmals während eines Schwindels, in Absenzen und Dämmerzuständen auftritt und auch als Äquivalent gedeutet werden kann. Auch das Händereiben soll eine Verlegung der Onanie nach oben bedeuten. A. MAEDER behandelt ferner das Lutschen, den Narzißmus, den Exhibitionismus, die Inversion, die Kophrophilie, den Masochismus und Sadismus bei den Epileptikern. Interessant ist die Mitteilung über einen hochgradigen «Berührungstrieb» der Epileptiker (lang andauernder Handschlag, Kitzeln des Handtellers, Berührung der Ärmel der

<sup>1</sup> MUSKENS, L. J. J.: Epilepsie. Springer, Berlin, 1926, S. 167 ff.

<sup>2</sup> SELBACH, H.: In dem Handbuch der inneren Medizin. Bd. V. Dritter Teil, S. 1903 ff.

<sup>3</sup> SCHORSCH, U.: Epilepsie, in Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960, S. 646 ff.

<sup>4</sup> Die lange Reihe der Literaturangaben über die Beziehung der Epilepsie und Schizophrenie schließt H. SELBACH (1953) mit folgendem: «Man kann nach allem wohl sagen, daß der oft zitierte Antagonismus zwischen Epilepsie und Schizophrenie (MÜLLER, 1930, VON MEDUNA, 1935, 1937) nicht gesichert ist. Man muß aber annehmen, daß auf dem aufgerissenen Boden der epileptischen Erkrankung sowohl hebephrene wie paranoide als auch katatone Zustandsbilder hervorschließen können.» (DÖRRIES, 1951.) Zitierte Arbeit, S. 1103. Vgl. hierzu noch die Kapitel XXXV-XXXVII.

<sup>5</sup> MAEDER, A.: Sexualität und Epilepsie. Jb. f. psa. u. psychopath. Forsch. Bd. I, 1909, S. 119 ff.

zu grüßenden Person usf.). Der Autor sieht darin auch die Expansivität, die Polyvalenz der Sexualität bei Epileptikern.

W. STEKEL publizierte Fälle mit Urolagnie, bei denen der Urin an Stelle von Blut getrunken wird. Die Homosexualität der Epileptiker faßt der Autor als Abwehr des Lustmordanspruchs auf. Als Beispiel erwähnt er den Fall des Herzogs von Praslin-Choiseut, eines Homosexuellen, der 1864 in Paris seine junge Gattin post coitum erdrosselte. (Publiziert von M. HIRSCHFELD<sup>1</sup>.) Nach W. STEKEL sollten ferner Epileptiker häufig in ihrer Wunsch- und Traumwelt Notzucht, Lustmord, Kinderschändung, Nekrophilie, Kannibalismus, Vampirismus, Inzest usw. erleben. Die nichtepileptischen Nachkommen von genuinen Epileptikern zeigen in der Tat in bezug auf Sittlichkeits- und Tötungsverbrechen überdurchschnittlich hohe Kriminalitätsziffern (STUMPFL, 1935; CONRAD, 1940; HODGE, 1948, zitiert nach H. SELBACH). Anfälle können auch beim Coitus auftreten, wenn sich der Wunsch eines Lustmordes einschleicht<sup>2</sup>.

Nach den Ergebnissen der experimentellen Triebdiagnostik ist der Sexual-Dur-Index der epileptischen Männer (n = 152) nach Berechnung von U. STUDER-SALZMANN 1,4 Dur zu 1 Moll. Die epileptischen Frauen (n = 22) hingegen zeigen eine ausgeprägte Verschiebung in der Richtung Dur: 1,8 Dur zu 1 Moll. Bei einem 23jährigen epileptiformen Mörder (Fall von F. JAHN, Westfalen) fand ich 76,6 Dur zu 23,4 Mollreaktionen. Bei 13 männlichen epileptiformen Affektmördern (aus dem Material von S. DÉRI) war der durchschnittliche Durindex: 84,4% Dur zu 15,6% Moll.

2. *Der Sozialindex* der epileptischen Männer und Frauen steht unter der kritischen Höhe (40%). Nach Berechnungen von U. STUDER-SALZMANN erreicht er bei 158 männlichen Epileptikern nur die Höhe 36,8%, bei Frauen 38,7%<sup>3</sup>.

3. *Die Ich-Struktur* der Epileptiker im Experiment bestätigt einerseits die bekannten Erfahrungen der klinischen Beobachtungen in bezug auf Neigung zum Ausreißen, ferner zu den Entfremdungs-, Dämmer- und Nebelzuständen wie zum völligen Ich-Verlust. Andererseits konnten die experimentellen Ich-Analysen die maximalen Anstrengungen im Ich der Epileptiker sichtbar machen, indem sie dessen sämtliche Abwehrfunktionen anwenden (Projektion, Inflation, Introjektion, Negation), um seine Desintegration, also den Ich-Verlust, aufzuhalten. Diese Art von integraler Überbremsung im Ich wird regelmäßig von einer Katastrophenahnung begleitet, die die Aura epileptica so oft charakterisiert. Diese letzteren Ergebnisse der experimentellen Ich-Analyse bestätigen eine Aussage E. BLEULERS: «Der Schizoide *spaltet* zu viel, der Syntone tut es in richtigem Maße, der Epileptoide dagegen *nicht genug*»<sup>4</sup>.

4. *Die Existenzformen der Epileptiker* wurden von R. SEIDEL (1962) an 126 Epileptikern der Anstalt für Epileptiker (Zürich) experimentell untersucht<sup>5</sup>.

Nach Zusammenfassung der 17 möglichen Existenzformen in fünf nosologische Gruppen erhielt der Autor die folgende Existenzskala bei Epileptikern:

<sup>1</sup> STEKEL, W.: Onanie und Homosexualität. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1917, S. 245.

<sup>2</sup> STEKEL, W.: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. IV. Aufl., S. 558.

<sup>3</sup> STUDER-SALZMANN, U.: Sexual- und Sozial-Index in der Psychopathologie. Szondiiana III. Huber, Bern und Stuttgart, 1962, S. 202 ff.

<sup>4</sup> Zitiert nach F. MINKOWSKA (Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang, 1937), S. 184. Erste Mitteilung der Autoren im Jubiläumsband für E. BLEULER, Z. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1923.

<sup>5</sup> SEIDEL, R.: Zitierte Arbeit. S. 22, Tab. 4.

<i>Rangreihe I.</i>	Neurotisch-paroxysmale Existenzformen	49,0%
<i>Rangreihe II.</i>	Schizoforme Existenzen	25,0%
<i>Rangreihe III.</i>	Psychopathische Existenzformen	19,5%
<i>Rangreihe IV.</i>	Zirkuläre Existenzformen	5,5%
<i>Rangreihe V.</i>	Sublimierte und sozialisierte Existenzen	1,0%

*Fall 38. Schicksalsanalyse eines Epileptikers mit Ejakulationshemmung*

Vor etwa 9 Jahren schickte ein Assistent einer psychiatrischen Klinik einen 28jährigen Hilfspfarrer aus Süddeutschland zu mir in Analyse. Der Mann litt seit seinem 16. Lebensjahr an einer *genuinen Epilepsie*. Nach einer durchwachten Nacht bekam er seinen ersten großen Anfall: Er schrie plötzlich auf, fiel dann zu Boden und bekam tonisch-klonische Krämpfe mit Schaumbildung und Zungenbiß. Die Anfälle wiederholten sich mehrmals, im besonderen nach Ermüdung und Alkoholgenuß. Er nahm deswegen täglich Antiepileptica. Die eigentliche Ursache aber, die den Anlaß zu einer analytischen Behandlung gab, war eine seltene Form von Sexualneurose<sup>1</sup>. Der junge Pfarrer war bereits seit drei Jahren verheiratet und litt an einer *Hemmung der Ejakulation und des Orgasmus*. Obwohl starke, andauernde Erektionen bei ihm auftraten, war er einfach unfähig – weder intra- noch extravaginal – zu ejakulieren. Er war aber nicht impotent. Die junge Pfarrfrau, die sich nach Kindern sehnte, war deshalb unglücklich und reagierte auf die Enttäuschung mit neurotischen Magen- und Darmstörungen. So kam die Ehe in eine kritische, für einen Pfarrer äußerst peinliche Phase. Sie deckten endlich die Sachlage dem Psychiater auf und verlangten von ihm Rat, worauf der Patient in meine Sprechstunde kam. Die Couchanalyse dauerte vom 2. Januar 1951 bis 7. Februar 1952, d.h. 13 Monate. Rückblickend auf diese äußerst spannende und für mich sehr lehrreiche Analyse lassen sich in ihrem Ablauf drei Phasen unterscheiden:

A. *Die psychoanalytische Triebanalyse* dauerte vom 2. Januar 1951 bis 22. Februar 1951.

B. *Die therapeutische Familienanalyse* vom 22. Februar 1951 bis 17. Mai 1951. An diesem Tag entdeckte der Patient die familiär bedingte, tiefere Grundlage seiner Ejakulationshemmung.

C. *Die Icb-Analyse* begann am 24. Mai 1951 und dauerte bis zum 7. Februar 1952.

Wir wollen nun die wichtigsten Geschehnisse dieser drei Phasen kurz mit der Bemerkung nachzeichnen, daß diese Abschnitte nicht mit ausgeprägten Grenzsteinen markiert waren, sondern eine Periode in die andere überging oder zeitweise mit ihr abwechselte. Es geschah sogar, daß in einer Stunde alle drei Arbeitsweisen zur Geltung kamen.

*A. Ergebnisse der psychoanalytischen Triebanalyse*

I. *Die Lebensgeschichte*. Der Patient wuchs in einer Pfarrersfamilie als das dritte Kind von vieren auf. Er kam nach zwei älteren Schwestern zur Welt und war

<sup>1</sup> Auf meine briefliche Anfrage, warum der Psychiater den Patienten eben in eine Schicksalsanalyse schicke und nicht in eine andere Art von Psychotherapie, erhielt ich die Antwort, daß die Familie des Kranken so stark belastet sei, daß hier eine therapeutische Bearbeitung des familiären Unbewußten notwendig sei. Er stellte mir auch den Stammbaum der Familie zur Verfügung. Siehe Abb. 19.



immer ein Muttersöhnchen, kein echter Junge. So durfte er nie mit anderen Knaben auf der Strasse spielen oder raufen und war auch später in allen Jungenspielen ungeschickt. Im Anfang der Pubertät war er noch ein völlig hilfloser Knabe, den die anderen in der Schule ständig quälten. Die zwei Schwestern, die 9 und 4 Jahre älter waren, machten aus ihm ein «verehrtes Spielzeug». Er litt darunter, der Jüngste zu sein und war überaus glücklich, als endlich – vier Jahre nach ihm – ein Bruder zur Welt kam und somit auch er «ein älterer» sein konnte.

Der Vater, wie gesagt, Theologe, war ein weicher Mann, der sich wegen seines *Stotterns* als Schriftsteller und Redakteur betätigte. Später litt er an Paralysis agitans. Die starke Persönlichkeit in der Familie war die Mutter, an die der Patient noch zur Zeit der Analyse krankhaft gebunden blieb. Die große Ehre, die ihm von den Schwestern und Eltern zuteil wurde, weckte zu früh seinen Narzißmus. Er fühlte sich schon mit 5 Jahren zu etwas Höherem berufen, war eitel wie ein Mädchen und grenzenlos stolz auf seine Familie. Wegen dieser Selbstverherrlichung wurde er von den Schulkameraden ausgelacht und gequält. Er war musikalisch, und die Musik tröstete ihn seit dem 9. Lebensjahr darüber, freundlich zu sein. In der Mittelschule ging es nicht gut, und er mußte spät in der Nacht arbeiten. So bekam er *mit 16 Jahren seinen ersten großen epileptischen Anfall*. Er erinnerte sich aber, daß er sich schon als Kind des öfteren wegen Schwindel- und Ohnmachtsanfällen auf den Boden legen mußte.

Mit 15 bis 17 Jahren hatte er eine *homosexuelle Bindung* mit gegenseitiger Onanie. Er hatte alle seine Gefühle in die Musik hineingelegt. Als junger Theologiestudent verliebte er sich in einen Studienkollegen, einen lyrischen Dichter. Diese gleichgeschlechtliche Liebe war für ihn ein Frühlingsrausch. Gleichzeitig lernte er seine fast gleichaltrige Frau kennen, die, wie der Freund, auch Gedichte schrieb, und mit der er sofort eine innige Freundschaft schloß. Mit 22 Jahren verlobte er sich, und mit 25 Jahren heirateten sie.

Am Anfang der Ehe versuchte er zwei- dreimal täglich den Beischlaf, aber ohne Erfolg. Die hemmenden Gedanken waren: «Kannst du dich der Frau völlig hingeben?» Seine Antwort lautete: «Nein, denn du kannst dich ja auch Gott nicht hingeben.» Wenn er bei seiner Frau nur ein leisestes Wollen zum Beischlaf spürte, wurde er sofort gelähmt. Er hatte äußerst starke Erektionen, die aber in dem Moment, da er den Orgasmus kommen spürte, wegblichen. *Niemals gelang es ihm bei der eigenen Frau im Wachzustand eine Ejakulation mit Orgasmus zu erleben*. Nur im Traum hatte er hie und da Ejakulationen, aber stets mit älteren Frauen.

Die psychoanalytische Phase deckte auch bei unserem Patienten die ubiquitären Sexualwünsche auf: *die Inzestliebe* zur Mutter, ferner zur älteren Schwester, ja sogar zur Großmutter und zu der 80jährigen Musiklehrerin kam in den Träumen klar zum Vorschein. Ein Traum aus dieser Kategorie:

«Eine Frau mit schwarzen Haaren berührt meinen Penis, und ich bekomme eine Pollution.»

Assoziation: «Mutter». Patient erinnert sich, daß er als Kind – etwa bis zur Oberprima – oft zur Mutter ins Bett kam; er sah, wie sie sich anzog, schaute ihr bei einer Bergwanderung – noch mit 14 Jahren – unter den Rock und erschrak vor dem «Haarwald». Dieses Bild verfolgte ihn noch später, und er fand es entsetzlich. Träume kamen, in denen er mit der Mutter, mit der väterlichen Großmutter und der alten Musiklehrerin den Beischlaf ausübte.

Die Inzestliebe zu seiner älteren Schwester kam ebenfalls häufig in den Träumen zum Vorschein. So träumt ihm:

«Ich bin bei meiner Schwester. Ich liebe sie, ich glaube am Podex; ich denke: hat sie das auch schon erlebt? Ach ja, durch ihren Mann.»

Auf einen wichtigen Inzesttraum werde ich später zurückkommen.

II. *Kastrationsträume* ergänzen seine Inzestwünsche.

«Ich bin mit meiner Frau im Schlafzimmer. Die Betten stehen hintereinander. I. K. – ein Professor der Theologie in Deutschland, mit einer gewaltigen Gestalt – soll kommen und mit meiner Frau schlafen. Ich nehme es als gegeben hin. Aber es kommt ein anderer Mann und schießt mit einer Pistole – aber auf der Straße. *Dieser Mann soll kastriert werden.* Er sagt: ‚*Wollt ihr mir das wollige Fleisch zwischen den grünen Beinen abziehen?*‘ Ich sage lachend dem Kirchenpfleger S.: ‚Dann bleibt ihm ja nur die Röhre . . .‘»

Zu diesem Traum erzählte er über seine Eifersucht und über die seiner Frau. Der Theologieprofessor war ein integrierter Mensch. Diese Integration fehlt dem Patienten. Er sagt: «Ich muß zuerst meine Bausteine kennenlernen. Kunst, Natur, Literatur usf. waren in mir bisher versperrt. Mein Bauplan war da, aber die Bausteine waren noch nicht da. Mir ist die Gestaltung wichtiger.» Weitere Einfälle: Ich: «Gestaltung.» Er: «*Zeugen* . . .» Ich: «An Stelle des Theologieprofessors kommt eine andere Figur mit der Pistole.» Er: «Penis.» Ich: «Straße.» Er: «Straßendirnen.» Ich: «Wollt ihr mich kastrieren?» Er: «Ich kann nicht nur Geist sein. Ich kann nicht nur Fleisch sein. So habe ich mich – durch den Intellekt – kastriert, und dagegen revoltiere ich jetzt . . .» «Ich konnte früher die Ehe nicht integriert leben, darum wollte ich über die Ehe dissertieren . . .» Zu diesem Traum gab ich zum erstenmal folgende Bemerkung ab: «Man kann das Problem ‚Himmel und Erde‘, ‚Geist und Natur‘ nicht mit der Formel ‚Entweder-Oder‘ lösen. Man muß beide Ansprüche integrieren, d.h. sie auf die Stufe des ‚Sowohl-als-auch‘ reduzieren. Aber durch diese Reduktion der Ansprüche des Geistes bzw. der der Natur, fühlt sich der Mensch ‚verkleinert‘ quasi ‚kastriert‘. Der Weg der Verintellektualisierung ist falsch, weil er beide, sowohl den Geist wie die Triebnatur, kastriert und an ihre Stelle eine sterile samenlose, zeugungsunfähige Art von Ehe und Denken setzt.»

Darauf kam ein Traum:

«Eine breite Frau sagt mir, ich und meine Frau können darum nicht zusammenliegen, weil ein Stein zwischen uns liegt.» Er sagt spontan: «Die Mutter ist dieser Stein.»

Auf den wichtigsten Kastrationstraum werden wir noch zurückkommen.

Die Analyse schlägt rasch den normalen Weg der Traumgeschehnisse ein. Nach den Inzest- und Kastrationsträumen melden sich solche aus einer noch tieferen Schicht, nämlich der prägenitalen Ansprüche.

III. *Die prägenitalen Träume.* In ihnen dominieren 1. die analen, 2. die sadistischen Traumbilder.

1. *Anale Träume:*

«Im Zimmer von F. M., meine, ich könne dort austreten, aber viele Leute kommen . . . ich sitze auf dem Nachtopf.»

Oder: «Eine blonde Frau liegt angezogen auf einem Bett. Wahrscheinlich sind noch andere Leute im Zimmer. Gedanke von mir: Soll ich zu ihr hin? Ich muß im selben Zimmer auf den Abort, fürchte, daß sie den Kopf wendet und zuschaut. Das heißt: Anstatt zur Frau zu gehen, gehe ich auf den Abort.» (Regression.)

2. *Sadistische Träume* führen uns näher zu seiner Epilepsie. Einige Beispiele:

«Pfarrer X hat einer alten Frau einen Sack über den Kopf gestülpt und sie geschlagen.»

Es fallen ihm die Mutter und die Großmutter ein, d.h. die Objekte der Inzestliebe, die er schlagen möchte. Sehr wichtig war folgender Traum:

«Unsere Katze ist krank. Sie springt mich immer an, sie graust mich, und ich werfe sie zum Fenster hinaus. Kein Mitleid, nur damit ich meine Ruhe habe. Einem kleinen Kätzchen hat sie bereits den Kopf abgebissen; das andere ist ohne Fell und Haut, aber lebt noch, kriecht noch herum. Ich entsetze mich. Jage den Hund fort.»

Patient erzählt zu diesem Traum, daß er in der Vornacht die Herzlichkeit des Unterleibes seiner Frau erlebte. «Ich wurde derb, *habe die Frau geschlagen, auch etwas an Podex getreten* . . ., ziemlich lang. Dann kam eine Befreiung über mich. Es war ein Dasein in der Natur. In der Gnade liegt die innere Sammlung von Natur und Geist. Aus der Bejahung der Natur kommt die Frucht, die Stellung des Menschen, das herzliche Gefühl: sich hingeben zu können. Das konnte ich früher nicht . . .» Zur Katze fällt ihm folgendes ein: «Sie graut mich, entsetzt mich, das Zudringliche, das Widernatürliche. Meine Frau fand ich widernatürlich, daß sie sich anblicken ließ.» Ich: «Katze.» Er: «Schmutz . . . Sadismus . . . Unordnung . . . analsadistische Ansprüche . . . die werden zugemacht.» Ich: «Die Katze beißt den Kopf eines kleinen Kätzchens ab.» Er: «Inneres Gefühl, die Sau zu packen . . . habe die Greuelthaten der Nazis mit Freude gelesen. *Das Beste ist, den Sadismus im Sexus auszutoben!*» Ich: «Ohne Fell und Haut.» Er: «*Lebendig skalpieren* . . . Indianer . . . Ich entsetze mich, kann nicht hinschauen. *Es ist eine Wirklichkeit, die ich abwehre. Eine Ur-Abwehr.* Vogel-Strauß-Politik gegenüber diesem Lebensbezirk . . .<sup>1</sup>»

Obwohl ich wußte, daß der Patient unter dem Lebensbezirk, den er mit seiner Vogel-Strauß-Politik abwehrt, seine analsadistische Kainsnatur versteht, teilte ich ihm diese bekannte Beziehung der Tötungsgesinnung zur Epilepsie *nicht* mit und wartete ruhig auf weitere Träume und Einfälle, durch die er die Zusammenhänge seiner Symptome selbst entdecken würde. Wie schwer er die sadistischen Träume und Einfälle erträgt, zeigt seine Art des Widerstandes: Er springt von der Couch auf und läuft in die Toilette, sooft er sadistische Träume behandeln muß oder Einfälle von Blut auftreten.

\*

Schon in der nächsten Stunde bringt er einen Traum über einen Junggesellen, der blutend hinter einer zertrümmerten Scheibe lag. Irgendwie hat dieser Mann die Scheibe mit der Hand eingeschlagen (Patient geht wieder auf die Toilette). Zu diesem Traum macht er zwei äußerst wichtige Bemerkungen. Erstens: «Dieser Junggeselle leidet an demselben Problem wie ich. Er hatte auch eine starke Mutterbindung und ging deswegen in Analyse. *Er schlägt sich* – wie ich im Traum – *blutig an seinem Inzestproblem, an dem Verbotenen.*» Zweitens: «*Die Inzestscheu erlaubt es mir nicht, meine Frau zu befruchten. Meine Mutter und meine Schwester stören mich, meine Frau ganz in Besitz zu nehmen* . . .»

Hier gibt der Patient somit die *erste Konstruktion* über die seelische Entstehung seiner Ejakulationshemmung. Wir werden noch eine zweite Konstruktion hören und auch eine dritte, die der Patient für die endgültige erachtete.

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: MAEDER, A.: Sexualität und Epilepsie. Jb. f. psa. u. psychopath. Forsch. Bd. I, 1909, S. 119 ff.

Die sadistischen Träume übten auf den Patienten eine merkwürdige Wirkung aus. Er fängt an, immer heftiger mit seiner Frau zu ringen und zu balgen, anstatt sie zu begatten. Oft macht er Krach mit ihr, auch außerhalb des Bettes. Er erzählt: «Heute wieder Krach gehabt, habe mit den Füßen getrampelt und zum Schluß Frau und Hund aus dem Zimmer gestoßen. Es war ein merkwürdiges Schwelgen in den Kraftgefühlen . . . *Ich stand da wie Kain! Habe die Frau sadistisch getreten und geschlagen* . . . Dann wollte ich aggressiv nach ihrem Schenkel und Podex greifen . . . und plötzlich war alles wie abgerissen.» Patient stellt somit selber fest, daß er ein Kain sei. Aus der Art der Schilderung des eigenen Kain spricht uns aber *der paroxysmal-epileptiforme Anfallsmensch* an, bei dem die Aggression gegen die Frau immer höher steigt und dann – plötzlich abgerissen wird. In diesem plötzlichen Abreißen der groben kainitischen Ansprüche scheint die hemmende Kraft sowohl gegen den Kain wie auch gegen die Ejakulation zu liegen. Dies wurde aber dem Patienten nicht mitgeteilt. Zum Reizwort «Kain» fällt ihm die mütterliche Großmutter ein, bei der er drei Jahre – zwischen 17 und 21 Jahren – wohnte und in die Schule ging. Mit der harten, strengen Großmutter verstand er sich nicht. Er lehnte sie und ihr Milieu ab. Sie war für ihn wie ein «Gericht». Er onanierte in seiner Bude, *traute sich aber nicht zu ejakulieren*, damit die Großmutter nichts bemerke. Dies war für ihn eine unmenschliche Belastung.

Hier konstruierte der Patient seine *zweite Theorie* über die Genese der Ejakulationshemmung. Danach kommen Träume, in denen er seine eigene Frau mit dieser Großmutter gleichsetzt. Beide sind äußerst aktiv, streng, männlich, literarisch begabt, vor beiden fühlt er sich schuldig. *Er überträgt die Ejakulationshemmungen, die er bei der Großmutter aus Not setzen mußte – so behauptet der Patient – jetzt auf die Ehefrau.* Nun bringt er eine Reihe von Träumen, die alle in der Richtung «Schuld» gehen: Schuld wegen des Inzestes, der Aggressivität, des Kain, des Versagens in der Ehe. *Die Schuld besiegt – wie er sagt – den sexuellen Anspruch.*

In der Auslegung eines Traumes mit Inzestansprüchen an die Großmutter, die er durch das Schlüsselloch nackt sah und von deren Podex er fasziniert wurde, erscheint *zum erstenmal eine Assoziation auf die Epilepsie.* Er sagt, seine Frau habe gemeinsame Züge mit der Großmutter; *er aber ist äußerlich ganz so wie der Bruder der Mutter, der ein Epileptiker war.*

### *B. Die Ergebnisse der therapeutischen Abmenanalyse: Die schicksalsanalytische Phase*

Die vorangehend geschilderte psychoanalytische Phase konfrontierte den Patienten mit Triebgeschnehnissen seiner Jugend.

Zur *dritten* und ausschlaggebendsten Konstruktion über die Entstehung des Symptoms kam der Patient erst in der zweiten Periode seiner Analyse, in *der schicksalsanalytischen Phase.* In diesem Abschnitt der Behandlung beschäftigte er sich im besonderen mit den Erbkrankheiten seiner Familie, veranlaßt durch eine Reihe von Träumen und Einfällen über seelisch-kranke Figuren. Diese Periode der Analyse beginnt mit der bereits erwähnten Feststellung, daß er sein Äußeres ganz vom Bruder der Mutter, dem *epileptischen Onkel*, ererbte. Diesen Einfall äußerte er am 22. Februar 1951, d. h. etwa sieben Wochen nach Beginn der Analyse. Von da an beschäftigte er sich spontan immer häufiger und eingehender mit der Frage, von

welcher Linie der Familie eigentlich seine Charakterzüge, seine Epilepsie und die sexuelle Krankheit stammen. Er stellt zwei Linien in der Abstammung auf. Die erste wird von der Mutter und der Großmutter väterlicherseits repräsentiert. Auf der Mutterlinie figuriert der epileptische Onkel, dem er in der Tat nachschlägt. Die andere Linie ist die des Vaters, der älteren Schwester, die Theologie studierte und sowohl an den Vater wie an ihn inzestuös gebunden war. Der Vater strahlte eine warme, intime Atmosphäre aus; er schuf stets die Stimmung der Familienfeste; er hatte zu den Kindern gute Beziehungen. Dieses Erbe trägt aber nicht unser Patient, sondern sein Bruder, der Schriftsteller. Er stellt traurig fest, daß *er die Linie des Vaters in sich «verschüttet» hat.*

Erstens, weil er früh starb, als er erst 18 Jahre alt war. Darum konnte er sich mit ihm nicht richtig identifizieren. Als viele Jahre später ein Redakteur einen Andachtsartikel des Patienten für schlecht erachtete und ihn nur des Vaters Namen wegen bringen wollte, schrieb er zurück, er wolle nicht von dem Namen des Vaters leben . . . Patient stellt fest, er passe nicht in diese pietistische Welt. Vater, Bruder, väterliche Großmutter und seine Frau dichten. Er nicht. Sie alle lieben auch Kinder, er aber nicht. *Das einzige, was er vom Vater hat, ist die sexuelle Neurose. Der Vater konnte drei Jahre hindurch die Mutter nicht schwängern.*

Zweitens: Die Annahme des Vaters wurde auch durch seine organische Krankheit, die Paralysis agitans, gestört, bei der er auf die Stufe eines Kindes regredierte. Patient war bei Beginn der Krankheit 13jährig und hatte sich an der Pflege des Vaters nicht beteiligen können. Er hatte Angst, er könnte genau so krank werden wie der Vater.

Drittens erkrankte der Vater zu einer Zeit, in der Deutschland unter Hitler groß wurde. Die Stimme Hitlers hat unseren Patienten fasziniert und angezogen. Der Vater aber war gegen Hitler. Einmal sagte ein Studienkollege zum Patienten: «Du wirst einmal eine Berühmtheit werden.» Dieser Spruch verfolgt ihn heute noch. Seine Schwester behauptete, «er – unser Patient – hält immer Reden, in diesen ist die Zunge Kains, aber auch der Geist Moses drin».

Am 26. April 1951 – anlässlich eines seelsorgerischen Krankenbesuches bei einem Mann, der früher ein Zauberer war und nun selbst «verhext» wurde, fühlte unser Pfarrer etwas *Prophetenhaftes, eine göttliche Allmacht in sich* aufsteigen (inflativ-megalomanische Einbrüche). Nachher erzählte er folgenden Traum:

«Ich habe mit einem alten tauben Mann zusammengeschlafen, der hinkte. Nachher sprach ich mit seiner Frau, die hexenartig mager war.»

Zu diesem Traum fällt ihm zunächst die Schwester des Schwagers ein, ein taubstummes, derzeit aber *schizophrenes* Mädchen. Danach spricht er vom Bruder, der auch einen *schizophrenen* Schub durchgemacht hat. Auf das Wort «Taub» sagt er: «Das Böse, der hinkende böse Mann: der Teufel.» Auf das Wort «Hexe»: «Haß, Wut, *Verfolgungswahn* . . .»

In einem anderen Traum erzählt ihm eine ältere Frau von einem Jungen, der *geisteskrank* ist. Kurz vorher bringt er folgenden Traum:

«Ich werde von einem Arzt wegen *Herzkrankheit* behandelt . . . nachher bin ich öffentlich mit ein paar Leuten zusammen, auch eine junge Ärztin ist darunter, die sich genaußvoll an mich lehnt, aber mit dem Hinweis auf meinen Penis zu mir sagt: *„Der Penis dürfe dann nicht reagieren.“*»

Dieser Traum erhielt dadurch eine ganz besondere Wichtigkeit, daß die Epilepsie im Volksmund bekanntlich oft «Herzkrankheit» genannt wird. Hier tauch-

te mir zum erstenmal der Verdacht auf, daß *das* «*Nichtreagierendürfen des Gliedes*» mit seiner *Epilepsie irgendwie zusammenhängen könnte*. Von diesem Verdacht sagte ich natürlich dem Patienten nichts und wartete weiter auf die kommenden Träume und Einfälle. In einem nachfolgenden Traum hatte er eine Auseinandersetzung mit einem Kaminfeger. «Der Kaminfeger», sagt der Patient, «bin ich selber. Der Kaminfeger ist auf Schmutz eingestellt, er übernimmt eine Arbeit, die die Menschen verabscheuen, und das macht ihn allmächtig. So ist auch der schlechte Pfarrer. Er ist auch ein Schreck der Kinder, er übernimmt die Arbeit mit den Sünden, daher die Gefahr der Allmacht.»

Wir wissen, daß nach der Schicksalsanalyse Kaminfeger und Pfarrer typische *epileptiforme* Berufe sind<sup>1</sup>. Auch diesen Zusammenhang verschwieg ich vor dem Patienten. Merkte aber wohl, daß er sich in den Träumen und Einfällen ständig mit den inflativen und projektiven, *paranoiden* Figuren und mit der epileptischen Anlage seines familiären Ubw. auseinandersetzte. Unsere Pflicht war, weiter zu warten. Diese Haltung hat sich in der Tat gelohnt. Am 17. Mai 1951 bringt der Patient folgenden Traum:

«Ich sei bei dem Coiffeur. Der sagte, ich hätte Würmer im Nacken, er könne mir deshalb die Haare nicht schneiden. Im Traum hoffte ich, es sei nur ein Traum!»

Die Einfälle. Ich: «Coiffeur.» Er: «Sollte schon längst zum Coiffeur gehen. Macht aber nichts aus, ich sehe gerne unordentlich aus. Bin auch in den Kleidern unordentlich, bin wenig rasiert und gewaschen.» Ich: «Haarschneiden.» Er: «Angst, daß er mir weh tut.» Ich: «Wurm.» Er: «Penis.» Dann setzt er fort: «Jede Erektion macht mich krank. *Ich habe Angst vor der Erektion*. Jede Erschlaffung ist eine Erleichterung. Mein Penis ist ein Angstgebiet, eine Tabuzone, aber auch eine erogene Zone . . . Die Erektion bringt Schuldgefühle, weil Erektion eine Sünde ist . . . Und jetzt habe ich auch vor der Erschlaffung Angst. Ich sah, daß die Schwester keinen Penis hat. Sie zeigte mir – mit 5 bis 6 Jahren – mit dem Schwamm ihre Vagina . . . Noch mit 10 bis 11 Jahren mußte ich in der Schwimmanstalt für Damen schwimmen lernen. Dort sah ich einmal ein nacktes Mädchen. Eindrucksvoll! Mutter wollte mich aufklären, habe sie aber verständnislos angeschaut. Ich drängte zur Mutter und hatte Angst vor der Straße, vor den anderen, vorm Turnen.»

In den bisher zitierten Einfällen kommt seine *Kastrationsangst* klar zum Vorschein. Dennoch wäre es falsch gewesen, den Analysanden hier, an dieser Stelle, zu unterbrechen und ihn mit dem Kastrationskomplex zu konfrontieren. Dies wird aus der Fortsetzung seiner Einfälle ersichtlich. Patient setzte sie nämlich – nach einer Pause – fort: «*All das ist Ohnmacht . . . Als Kind schlief ich zu viel. Ich frage mich, ob der epileptische Anfall nicht auch eine Ohnmacht sei? Habe ich jetzt nicht deswegen Angst vor dem Orgasmus, weil ich Angst habe vor dem epileptischen Anfall? Das Erschrecken vor dem epileptischen Anfall ist wie die Angst vor dem Koitus. Es ist das gleiche Angstgefühl. Ich bin gehemmt, weil ich eine ähnliche Explosionsangst vor dem Orgasmus habe wie vor dem epileptischen Anfall. Ich habe Angst, daß der Orgasmus ein epileptischer Anfall ist . . .*» Nach einer Pause fügt er noch hinzu: «Etwas kommt noch dazu: *Angst vor der Vererbung*. Der Bruder meiner Mutter ist stark epileptisch, da-

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel, II. Aufl., 1948, S. 363.

her tauchte in mir die Frage auf: *Darf ich heiraten? Mache ich mich nicht dadurch schuldig, daß ich meine Epilepsie weiter vererbe?*»

\*

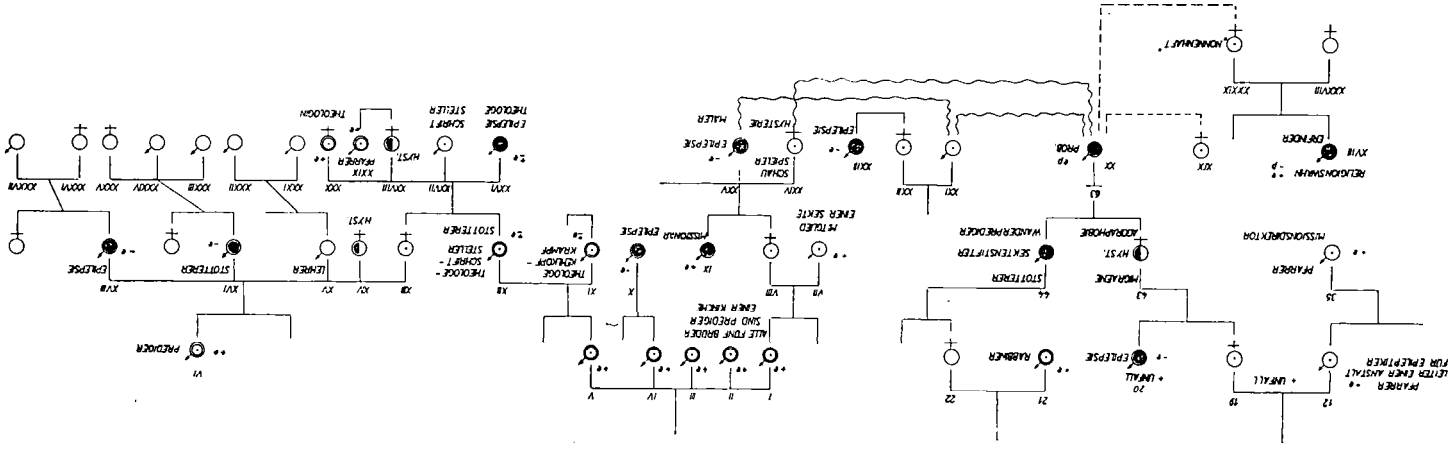
Tief leidend und erschüttert stand der Patient von der Couch auf, und damit war diese wichtigste Stunde der Analyse zu Ende. Ich selbst war ebenfalls erschüttert und äußerte zu seiner Aussage kein Wort. Ich sagte mir: Wenn diese *dritte* Konstruktion über die Psychogenese der Ejakulationshemmung richtig ist und das Zurückhalten des Orgasmus nicht nur aus Inzestscheu und Kastrationsangst, nicht nur durch die zwangsläufige Wiederholung der Ejakulationshemmung bei der Großmutter (zwischen 17 und 21 Jahren) allein bedingt ist, sondern in der Tat eben *aus der Affektgleichheit des Orgasmus mit dem epileptischen Anfall* herkommt, dann sollte das Symptom nach dieser kritischen Stunde partiell oder total verschwinden. Um diese Wandlungs- und Wendungsmöglichkeit durch verbale Suggestionen oder Kommentare nicht zu stören, habe ich mich von dem Patienten ohne jegliche Bemerkung bezüglich der Ereignisse dieser Stunde verabschiedet. Es zeigte sich schon in der nächsten, daß in der analytischen Situation das Stillschweigen des Analytikers oft Gold ist.

Am 25. Mai 1951 beginnt der Patient mit folgenden Mitteilungen: «Die Stunde vor einer Woche war wichtig und erhellend für meine ganze Person. Erstens: in bezug auf die Musik; ich spiele mit Wonne, *fast anfallsartig*, ich werde angetrieben. Zweitens war *eigenartig die Offenbarung, daß die epileptische Anfallsangst die Sexualität hemmt. Ich glaube, daß die Anfallsangst zurückgeht*. Habe diese Woche mit meiner Frau verkehrt *und strebte dabei nach einem Anfall* (sic!). Der Verkehr war extravaginal und besonders schön. *Ich habe schon ein wenig ejakuliert!*» Er beendet seinen Kommentar mit dem Satz: «*Anfall und Koitus gehören zusammen.*»

\*

Nun ist die Zeit gekommen, mein Stillschweigen aufzugeben und den Patienten auf Grund des Stammbaumes, den sein Arzt mir zur Verfügung gestellt hatte, einerseits mit seinen krankhaften, andererseits aber auch mit den geistig-sublimierten Existenzmöglichkeiten zu konfrontieren und ihn vor die Wahl zu stellen, ein erbkranker Mensch oder ein geistig arbeitender Pfarrer zu werden. Ich sagte ihm folgendes: Er ist in der Tat ein Überträger, ein Konduktor, von epileptiformen und paranoid-schizoformen Erbanlagen. (Siehe Abb. 19).

Ein Vetter des Vaters (X), der Bruder der Mutter (XVIII) und er selbst (XXVI), ferner ein Vetter zweiten Grades (XXV) hatten manifeste *epileptische Anfälle genuiner Natur*. Außerdem gehörten zum epileptiformen Erbkreis noch sein väterlicher Onkel (XI), der an *Kehlkopfkrämpfen* litt, der Vater (XII) und ein mütterlicher Onkel (XVI), die beide *stotterten*. Neben diesen sogenannten «*morbus sacer*»-Individuen weist sein Stammbaum aber eine Reihe von Ahnenfiguren auf, die als «*homo sacer*»-Menschen den Kain, der hinter der Epilepsie lauert, im Beruf des *Theologen*, theologischen Schriftstellers und Predigers gutzumachen vermochten. Prediger waren der väterliche Großvater (V) und seine *vier* Brüder (I-IV). Theologen waren bzw. sind: der väterliche Onkel (XI), der Vater (XII), der Großvater väterlicherseits (V) wie auch dessen vier Brüder (I-IV); außerdem der müt-



STAMMBAUM NR. 1

STAMMBAUM NR. 2

Abb. 19. Stammbaum zum Fall 38



terliche Großvater (VI), die eine Schwester des Patienten (XXX) und der Mann (XXIX) der anderen Schwester.

Die Wahl, vor die ihn die Bewußtmachung dieser Ahnenfiguren stellt, ist: Will er in Zukunft ein Kain mit analsadistischen Ansprüchen und tötender Gesinnung bleiben, vor der er sich in die epileptischen Anfälle und in die Hemmungen der Erektionen und Orgasmen flüchtet? Oder aber: Will er nach den Musterfiguren der hochgeistigen und schriftstellerisch tätigen Theologen und Prediger ein gesunder Pfarrer und Seelsorger werden, der auch in der Ehe zeugungsfähig ist? Das ist seine Schicksalsfrage. Ich betonte ausdrücklich, daß – nach der Bewußtmachung beider, polar entgegengesetzten Existenzmöglichkeiten seine Wahl *frei* ist. Niemand kann ihn zwingen, anders zu wählen, wie er eben will. Aber: die Zeit ist da, sein Schicksal selbst frei zu lenken.

Danach zeigte ich ihm anhand des Schicksals seines Bruders, daß dieser sich nach einem paranoid-inflativen schizophrenen Schub auffangen konnte und mit Erfolg literarisch tätig wurde. Auch in ihm – sagte ich – stecken einerseits Anlagen zum Größenwahn, andererseits aber Fähigkeiten zu einer theologisch-schriftstellerischen Tätigkeit. Auch hier verfüge er über eine Wahlfreiheit. Wenn er weiter derselbe größenwahnsinnige Kain bleiben wolle, der er bisher war und der im dunklen familiären Unbewußten stets auf sein Erscheinen auf der Lebensbühne wartet, dann gäbe er sich dem *familiären Zwangsschicksal* und der *Unfreiheit* hin. Wählt er hingegen sein *freies geistiges Schicksal*, so kann er ein erfolgreicher Pfarrer und theologischer Schriftsteller werden.

Nach dieser Stunde der Konfrontation mit seinem dunklen Zwangsschicksal und dem geistigen Freiheitsschicksal kam der Patient am 31. Mai 1951 in die Stunde und sagte: «*Die Träume stellen sich ab. Ich fühle, daß ich reifer wurde. Ich erdulde die Gegensätze in mir, denn das ist besser. Ich begann das Morgensingen und die morgenlithurgische Tätigkeit. Das letztmal bin ich von Ihnen geschlagen davongeschlichen. Es beginnt auch in meiner Analyse eine neue Phase: Ich muß die Gegensätze ‚Kain und Theologie‘, ‚Entweder-Oder‘, ‚Allmacht und Ohnmacht‘, ‚Ich und Trieb‘, lösen. Eigentlich kam in der letzten Besprechung nichts heraus, was ich nicht wußte. Die Selbstentscheidung war aber für mich neu!«*

Wir sehen, daß der Analysand genau fühlte, daß ein neuer Abschnitt seiner Analyse begonnen hat, nämlich der letzte: die Ich-Analyse.

### *C. Ergebnisse der Ich-analytischen Phase. Aufbau des Freiheitsschicksals*

Die Haltung des Analytikers in den Abschnitten der Trieb- und therapeutischen Familienanalyse ist überwiegend eine stillschweigende, passive. Erst in der ich-analytischen Phase, in der die Person auf Grund der Bewußtwerdung ihrer gegensätzlichen Existenzmöglichkeiten das eigene Schicksal frei aufzubauen hat, beginnen die wahrhaft zwischenmenschlichen Dialoge. In dieser Phase wird die humanisierende Kraft des Analysanden – aber auch die des Analytikers – auf die Probe gestellt. Nicht nur die Dauerhaftigkeit des therapeutischen Erfolges, sondern die ganze Menschwerdung des Analysanden wird durch die Ich-Analyse bestimmt.

Die Hauptprobleme bei unserem Patienten in diesem Abschnitt waren: 1. *die Überprüfung der Identifizierungen*, 2. *die Machtverteilung und die Beziehung zu Gott, Beruf, Gemeinde, Familie und Frau*, 3. *die bewußte Reduktion seiner Ich-Bezogenheit, d. h.*

des Narzißmus. Wir betonen, daß alle diese Probleme nicht vom Analytiker willentlich ins Programm gesetzt wurden, sondern die Dialoge darüber sich zu den aktuellen Tagesproblemen und Einfällen zu den Träumen des Patienten ergaben.

Es wurde bereits erwähnt, daß unser Pfarrer von der ihm bis dahin völlig unbekanntem Möglichkeit einer Selbstentscheidung, d. h. der *Wahlfreiheit seines Schicksals*, tief erschüttert wurde. Es folgte daraus, daß er seine Identifizierungen mit den Eltern revidierte. Er fing an, die Schriften seines Vaters, die er bisher nicht kannte, mit Interesse zu lesen. Retrospektiv stellte er fest, daß er der Mutter gegenüber stets das Gefühl der Unterlegenheit empfunden hatte. Er sagte: «Ich fühle mich unterdrückt, wenn sie mich so wie ein Kriminalpolizist ausfragt.» Die Tiere (Wölfe, Füchse), die ihn in den Träumen gebissen hatten, waren durch die Mutter, eine Amazone, gebändigt. Diese Amazone hat zwar seine Triebe – die Tiere – gebändigt, aber ihn als Person nie bestätigt. Darum klagt er sie jetzt an: «Sie ist hart wie ein Stein.» Er sagt: «Ich muß mein Ich stärker machen, um nicht der Mutter gegenüber in Ohnmacht zu fallen.»

Als Antwort spreche ich davon, daß er in einer Familie aufgewachsen ist, in der die Mann-Frau-Rollen völlig vertauscht waren. Trotz dieser Inversion ist es möglich, daß er von beiden Elternhälften dem eigenen Ich jene Bausteine einverleihe, deren er unbedingt bedürfe. Man kann ja die Kraft, also die Macht, auch von der Mutter und die Liebe und Zärtlichkeit auch vom Vater introjizieren, man muß nur aufpassen, daß das Ich weder die Mutter, noch den Vater in toto mit Stumpf und Stiel «verschluckt». Eine sogenannte selektive, bewußte Identifizierung mit den Eltern führt stets weiter in der Ich-Entwicklung denn eine totale Ad-hoc-Introjektion. Darauf sagt der Analysand: «Ich will die matriachale Macht der Mutter ausschalten.» Immer häufiger liest er die Schriften des Vaters. Er teilt mir mit: «Früher fühlte ich oft bei der Predigt eine Leere, alles war schaal, was da kam . . . Am Sonntag predigte ich über die Liebe. Da traf ich den Ton! Die Liebe ist als Resonanzboden keine Scheinwirklichkeit . . .» Allmählich wird die Identifizierung mit dem Vater kräftiger. Die Folge ist, daß er die Vormundschaft, die Vaterrolle, für ein haltloses Mädchen übernimmt. Er fängt an, Artikel zu schreiben und signiert sie mit denselben Anfangsbuchstaben wie es einst der Vater tat. Er fügt noch hinzu: «Oft bin ich schon meiner Frau gegenüber väterlich . . . Jetzt übernehme ich mehr und mehr die Verantwortung, das Nest zu pflegen und zu hegen . . .»

Dann kam ein Traum, in dem er zwei Tote sah; er aber verbarrikadierte sich. Dieser Traum gab uns Anlaß darüber zu sprechen, daß er den Tod des Vaters (er war damals 18jährig) nicht richtig bearbeitet hatte und infolge dessen hier, in der Analyse, die Trauerarbeit über den Verlust des Vaters nachholen und den Vater in seinem eigenen Ich aufrichten muß, um ein guter Pfarrer und Schriftsteller sein zu können. Er sagt: «*Ich kehre jetzt zum Vater zurück. Er ist mein Schicksal!*» – «*Ich frage mich*», setzt er fort, «*ob die Ausschaltung des Vaters in der Vergangenheit nicht doch eine Vätertötung war? Jetzt steht sein Bild auf meinem Schreibtisch.*»

Am 9. Juni 1951 bringt er einen Traum über *die Auferstehung eines verstorbenen Mannes*. Die Frau des Verstorbenen ist ganz entsetzt, daß er noch lebt. Der Auferstandene sagt: «Diese Frau wünschte, daß ich sterben möchte . . .» Patient legt den Traum wie folgt aus: «*Die Auferstehung des Verstorbenen ist die Auferstehung meines Vaters in mir. Die Mutter wünschte, daß der kranke Vater tot sei.*» Am

21. Juni 1951 referiert der Patient darüber, daß er wieder die Schriften des Vaters läse. «Plötzlich war ich glücklich, als ich ihn erfassen konnte. Ich zitierte auch aus Vaters Buch. Vater hatte Allmenschlichkeit und Wirklichkeit. Ich aber lebte in der Welt der Theologie . . . Merkwürdig war seine Beziehung zu den Kindern! Er war selbst ein Kind. Offen für alles, was Freude und Hingabe ist . . . Seine Offenheit fehlte mir! Ich war mit Narzißmus aufgeladen . . . Meine logische Versteifung in der Theologie und Dogmatik kommt sicher von der Mutter . . . Es war mir eine Sorge, daß das Bild der Mutter in mir verblaßt wie ich das des Vaters überbetone . . . Mutter ist ein Lexikon, ist voll mit Ehrgeiz, alles zu wissen, zu haben . . . Ich stehe jetzt in einer Zwischensituation . . .»

Schon aus diesen lückenhaften Ausschnitten wird ersichtlich, wie der Patient allmählich doch die invertierten Identifizierungen mit der Mutter aufgab, ihr narzißtisches Bild in sich erkennt und abbaut und parallel damit den hochhumanisierten, idealistisch eingestellten Vater schrittweise dem eigenen Ich einverleibt. Er wurde in der Tat nicht nur ein besserer Pfarrer denn früher, sondern eine äußerst «väterliche» Person.

Im Aufbau seiner neuen Persönlichkeit war die *Machtfrage*, im besonderen die Verteilung der Seinskraft, die zweite wichtige Frage. Es wurde bereits darüber referiert, daß unser Pfarrer während der Seelsorgetätigkeit zuweilen in sich eine Allmacht aufsteigen fühlte. Etwas Prophetenhaftes war stets in seinen Reden und Predigten spürbar. Er erzählte mir z. B.: «Eines Abends hatte ich ein numinoses Erlebnis. Ich hatte plötzlich das Gefühl, Gott ist anwesend. Dann kam ein Schreck, und ich hörte: ‚Fürchtet euch nicht!‘» Numinose Erlebnisse können zwar bei tief religiösen Menschen in Ekstasen vorkommen – ohne daß wir unbedingt an krankhafte Halluzinationen denken müssen. Diese aber scheinen nur für die «Erwählten» reserviert zu sein. Bei unserem Pfarrer mußten wir an eine narzißtische Affektion, und zwar an einen Einbruch des inflativen Paranoids denken. Darum war es bei ihm von Wichtigkeit, über die richtige Machtverteilung einen Dialog zu führen. So sprach ich von den machtgerigen Instanzen im Menschen und über die schweren Folgen einer falschen Machtverteilung. Gibt der Patient jegliche Macht dem Erbe, so muß er unvermeidlich das Zwangsschicksal seiner epileptischen Ahnen wiederholen. Gibt er die Allmacht den Trieben, so wird er sexuell haltlos oder pervers oder homosexuell. Wird die ganze Seinskraft durch das Ich an sich gezogen, so lebt er entweder als ein gottloser, ich-bezogener Narzißt oder aber als ein großenwahnsinniger Paranoiker. Überträgt er die ganze Macht Gott, so wird er ein Religionswahnsinniger. Nur eine bewußte, richtig proportionierte Verteilung seiner Seinskraft schützt ihn in der Zukunft davor, seelisch krank zu werden.

Die Frage der Machtverteilung hat den Patienten sehr tief beschäftigt. Allmählich wird es ihm bewußt, daß er der sadistisch-männlichen Mutter, teils auch der älteren Schwester, zu viel Macht gab und sich somit in eine peinliche, ohnmächtige, masochistische Situation hineinmanövriert hat. Andererseits aber gab er sich selbst zeitweise die Allmacht und entzog sie damit Gott. Am 22. November 1951 bringt er als Thema die Frage: «Wo stehe ich?» Er sagt: «Ich suche meinen Platz unter der Sonne . . . Mein Ideal ist, maximal gestaltet, modelliert zu sein – durch Gott. *Dieses unbedingte Mit-Gott-Sein beschäftigt mich immer mehr.* Am Dienstag erlebte ich zum erstenmal das Überströmte sein von der Religion. Die Welt erweiterte sich... Jetzt sehe ich ein, daß Eigenliebe, Narzißmus der Gegenfüßler von Geist und Er-

gänzung ist . . . » «Besonders wichtig ist mir geworden, daß es neben dem eigenen Ich noch eine unendlich große Welt gibt, die eine Wirklichkeit in sich ist. Gott hat nicht nur mich, er hat ein ‚Reich Gottes‘. Mein Ich muß im Reich Gottes stehen. Die Ichheit muß zu Gott transzendieren . . . » Dann setzt er fort: «Für mich war es entscheidend, daß ich die Entweder-Oder-Wahl mit der Offenbarung vermischt habe. Ich habe meine Seele mit Hypotheken belastet. Theoretisch habe ich die Offenbarung gepredigt, praktisch aber sie völlig vermenschlicht. Das ‚Entweder-Oder‘ ist zu einfach. Ein Mensch schlechthin zu sein, ist etwas völlig anderes als das Entweder-Oder Gottes. *Ich usurpierte für mich den Menschen, das Entweder-Oder, die Allmacht Gottes.* In der Beziehung zu Gott muß die Entscheidung auf Grund des ‚Entweder-Oder‘ gefällt werden. Der Mensch ist aber weitergegangen und hat diese alleinige Beziehungsart auf die ganze seelische Wirklichkeit ausgedehnt . . . Offenbarung ist das Erlebnis der Führung. Was bewirkt in mir den Glauben? Die Erfahrung. Hier in der Analyse wird vieles gelöst, was dem Glauben Freiheit gibt.»

Durch ähnliche Dialoge wurde er allmählich ein guter Christ, ein gottgläubiger und verantwortungsvoller Pfarrer. Es war erstaunlich, wie aus dem salopp-kindlichen Jüngling, der er am Anfang der Analyse war, allmählich ein ernster, humanisierter Mann wurde, der die Verantwortung für Frau, Familie und Gemeinde bewußt trug.

In diesem Abschnitt der Ich-Analyse vollzog sich aber nicht nur seine Menschwerdung, sondern auch seine Mannwerdung. Obwohl er nur zeitweise über seine Koitusversuche referierte, bemerkte ich an ihm die unzweifelhafte Sicherheit darüber, daß er allmählich doch die Pflicht des Mannes übernehmen würde. Die extravaginale Ejakulationen kamen häufiger, dennoch ließ der Koitus per vaginam cum ejaculatione noch eine Weile auf sich warten. Seiner Frau ging inzwischen oftmals die Geduld aus, und sie schrie ihn an: «Du willst nicht wirklich ejakulieren und mich befruchten!» Er ertrug diese Vorwürfe mit Geduld, denn seine Sicherheit wuchs parallel mit der Stärke seines Ichs. Als er mir die Frage stellte, ob er in Nordwestdeutschland eine vorteilhafte Pfarrerstelle übernehmen solle, bekräftigte ich ihn. Auf seine Frage: «Und wenn ich bis dahin die Frau doch nicht befruchten kann?» war meine Antwort: «Sie können die Stelle ruhig annehmen, denn wenn ein Mann extravaginal ejakulieren kann, dann ist es nur eine Frage der Zeit, wann er auch per vaginam zu ejakulieren vermag.»

Er nahm die Stelle an. Am 13. Dezember 1951 bringt er die fröhliche Nachricht, daß er eine Dreiviertelstunde lang innerhalb der Vagina war. «Noch nie fühlte ich einen so starken Drang des Mannes. Habe noch nie so unbekümmert Ja gesagt zu allem, was Weib und Sexualität ist. *Ich habe einfach nachgegeben.* Zum erstenmal realisierte ich, daß eine Ejakulation in die Vagina dasselbe ist wie eine Pollution. Meine Frau ist überglücklich.»

Wir beenden am 7. Februar 1952 die Analyse. Einige Tage später übernimmt er seine neue Stelle.

### *Katamnese*

Der erste Brief, den ich von dem Patienten nach mehreren Monaten erhielt, teilte die Schwangerschaft der Frau mit. Seither sind 10 Jahre vergangen. Unser Pfarrer ist inzwischen Vater von zwei Kindern geworden. Die dritte Schwangerschaft führte zu einer Verschüttung. *Die Sexualität funktioniert ohne jegliche Störung.*

Obwohl er keine Medikamente nahm, blieben die epileptischen Anfälle in diesen Jahren – bis auf einen – völlig aus. Dieser eine Anfall kam nach 7 Jahren, nachdem er wegen einer Serie von Eifersuchtsanfällen seiner Frau – anlässlich einer harmlosen Freundschaft mit einer anderen Frau – Nächte lang nicht schlafen konnte und völlig erschöpft war. Der Anfall war mild. Ich gab ihm den Rat, eine Weile wieder Antiepileptika zu nehmen. Nun ist er anfallsfrei geworden.

Der dargestellte Fall gibt Anlaß zur Diskussion mehrerer Fragen.

Die *erste* lautet: *War es hier unbedingt notwendig, die psychoanalytische Behandlung mit einer schicksalsanalytischen Familienanalyse zu ergänzen?* Anders formuliert: Wären die Ejakulationshemmung und die epileptischen Anfälle auch dann verschwunden, wenn wir uns damit begnügt hätten, den Kranken nur mit seinem Ödipus- und Kastrationskomplex, mit seinem prägenitalen Analsadismus sowie mit der Inversion der Elternidentifizierung zu konfrontieren und die therapeutische Aussöhnung mit seinen epileptischen und paranoiden Ahnen völlig vernachlässigt hätten?

Die Antwort ergibt sich einerseits aus der Aussage des Patienten selbst in der Analyse, andererseits aus der Art und Weise, *wie* eigentlich die Symptome verschwunden sind. *Der Patient entdeckte den Zusammenhang zwischen der Anfallsangst und der Orgasmusangst und war prompt nach dieser Entdeckung imstande zu ejakulieren, allerdings nur extravaginal. Warum? Weil er – wie er selbst sagte – «nach einem Anfall strebte».* Das heißt: *Er gab die Angst vor einem epileptischen Anfall auf und versöhnte sich mit der familiären Epilepsie.* So überwand er auch die Angst vor der Übertragung der Epilepsie auf seine Nachkommenschaft.

Die *zweite* Diskussionsfrage ist das Problem der Superdetermination der Symptome.

*Könnte man nicht die drei von dem Patienten selbst aufgestellten Konstruktionen über die Pathogenese der Symptome in einer Ergänzungsreihe – im Sinne von S. FREUD – auswerten?* Dieses Verfahren würde bedeuten, daß die Ejakulationshemmung und die epileptischen Anfälle aus drei Quellen herstammten: 1. aus dem infantilen Ödipus- und dem Kastrationskomplex; 2. aus der Unterdrückung der Ejakulation zur Zeit seines Aufenthaltes bei der Großmutter am Ende der Pubertät; 3. aus der Angst vor dem epileptischen Anfall und der Übertragung der Epilepsie bei der Zeugung. Diese Auffassung der Pathogenese würde dem Mechanismus entsprechen, den S. FREUD in der Arbeit *«Dostojewski und die Vätertötung»* in bezug auf die Epilepsie des Dichters entwickelt hat. Er schreibt: *«Ich würde selbst erwarten, daß gerade der Kastrationskomplex der allgemeinsten Ablehnung sicher ist. Aber ich kann nur beteuern, daß die psychoanalytische Erfahrung gerade diese Verhältnisse über jeden Zweifel hinaushebt und uns in ihnen den Schlüssel zu jeder Neurose erkennen läßt. Den müssen wir also auch an der sogenannten Epilepsie unseres Dichters versuchen<sup>1</sup>.»* S. FREUD erwähnt auch, daß schon die ältesten Ärzte den Koitus eine kleine Epilepsie nannten und *«erkannten also im sexuellen Akt die Milderung und Adaptierung der epileptischen Reizabfuhr»<sup>2</sup>.* Er kommt zu dem Resultat: *«Der epileptische Anfall wird so ein Symptom der Hysterie und von ihr adaptiert und modifiziert, ähnlich wie vom normalen Sexualablauf<sup>3</sup>.»*

<sup>1</sup> FREUD, S.: Ges. Schr. Bd. XII, S. 16.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 12.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 12.

In unserem Fall war merkwürdig, daß die Kastrationseinfälle der Feststellung des Patienten vorausgegangen waren, daß er darum in der Ejakulation gehemmt sei, weil er vor dem Orgasmus die gleiche Angst habe wie vor dem epileptischen Anfall. Er entdeckte sogar die Weisheit der alten Ärzte: «Der Orgasmus ist ein epileptischer Anfall.» Die Ergänzungstheorie nimmt an, daß das persönlich Verdrängte mit dem familiär Ererbten sich in der Entstehung der Neurose ergänzen. Dies ist auch unsere Ansicht. Während aber die Psychoanalyse den Kranken nur mit seinem persönlichen Verdrängten konfrontiert und das familiär Ererbte beiseite schiebt, konfrontiert die Schicksalsanalyse ihn auch mit den kranken und geistig sublimierten Ahnenfiguren. *Die Schicksalsanalyse deckt somit Erlebtes und Ererbtes nacheinander auf und bearbeitet beide zusammen.* Darum haben wir nicht nur die Kastrationsangst mit dem Patienten durchgearbeitet, sondern auch die tödende Gesinnung «seines Kain», die hinter seinen Anfällen steckt, wie auch die Theologien, die den Kain als Prediger des Verbotes «Du sollst nicht töten!» durch mehrere Generationen seiner Familie sublimieren. Ausschlaggebend für die Heilung war – wie er sagte – die Offenbarung der Selbstentscheidung: Er kann frei wählen. Nur eine Therapie, die die Triebanalyse und die Familienanalyse in sich integriert, ist imstande, in so kurzer Zeit Symptome zu lösen.

Die dritte Diskussionsfrage lautet: War es von uns nicht zu gewagt, den Patienten nach 96 analytischen Stunden frei zu sprechen, nachdem er nur ein einziges Mal per vaginam ejakuliert hatte?

Neben der sozialen Indikation (neue Stelle) wagte ich es darum, weil ich wußte, daß *das Unbewußte sich nie irrt*. Patient brachte nämlich nach der ersten analytischen Stunde folgenden prospektiven Traum: «Meine Frau ist da. Ich ging auf sie zu. Koitus . . . Ich meine zu ejakulieren. Ich wache auf und habe eine Pollution.» Der Patient gibt dazu eine Anmerkung: «Also völlige Deckung von Ejakulation und Pollution.»

Diesem Traum schenkte ich Vertrauen. Denn das Unbewußte weiß alles.

\*

Über die gewichtige Beziehung zwischen der Affektstörung kainitischer Art und der Ich-Störung der Entfremdung werden wir im Kapitel XXXV referieren.

# KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER PAROXYSMAL-HYSTERIFORMEN ANFALLSNEUROSEN

## *I. Begriffsbestimmungen der Hysterie*

### A. Der Hysteriebegriff in der Psychiatrie

Bezüglich des Hysteriebegriffs kann man heute in der Medizin zwei polar entgegengesetzte Strömungen beobachten. Die eine durchflutet den größten Teil der gegenwärtigen psychosomatischen Medizin, in der – nach H. KRANZ – durch «eine Statuierung des Symbolcharakters jedes somatopathologischen Geschehens . . . alles wieder hysterisch wird»<sup>1</sup>. Im Flußbett dieser Strömung wird mit v. WEIZSÄCKER<sup>2</sup> behauptet, daß *das Wesen der Krankheit immer Symbol sei*.

Die andere Strömung durchfließt im besonderen die deutschsprachige Psychiatrie der Gegenwart. In dieser Richtung wird behauptet, daß im Sinne des alten Hysteriebegriffes «nichts mehr hysterisch sein kann»<sup>3</sup>. H. KRANZ, der die Entwicklung des Hysteriebegriffs 1953 historisch neu bearbeitete, gelangt zur folgenden Schlußbehauptung: «Es steht fest, daß wir uns psychiatrisch ohne weiteres verständlich machen können, ohne es (das Wort ‚Hysterie‘) überhaupt jemals zu benötigen<sup>4</sup>.»

In der heutigen Psychosomatik wird alles hysterisch, in der gegenwärtigen Psychiatrie hingegen darf gar nichts mehr als hysterisch gelten. Nun tragen aber beide Auffassungen die Note einer extremen Stellungnahme. Die Ausdehnung des Hysteriebegriffs in der psychosomatischen Medizin wird durch die Fehldeutung zweier Tatsachen bestimmt. Erstens vergißt man, daß die hysteriforme Reaktionsart ubiquitär ist, folglich bei jedem Menschen – sei er körperlich oder seelisch krank – aufzufinden ist. Zum zweiten wird heute in der psychosomatischen Medizin alles Psychische unwillkürlich auch als «hysterisch» betrachtet, daher das Panhysterische in der Anschauungsweise der Psychosomatik. Gegen diese Diastole des Hysteriebegriffs lehnte sich schon F. ALEXANDER<sup>5</sup> auf, der das Symbolische nur in den Konversionssymptomen aufzufinden und auch diese nur auf die Sphäre der willkürlichen Innervation, Sinneswahrnehmungen und Ausdrucksbewegungen einzuschränken versuchte. Bei den vegetativen, viszeralen Erscheinungen hingegen, d. h. bei den Organneurosen, die vom autonomen vegetativen Nervensystem gesteuert werden, soll man nach ALEXANDER nicht von einer Konversionshysterie sprechen.

<sup>1</sup> KRANZ, H.: Die Entwicklung des Hysterie-Begriffs. Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatric, 21, S. 326.

<sup>2</sup> v. WEIZSÄCKER: Psychosomatische Medizin. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Innere Med., Wiesbaden, 1949.

Derselbe: Fälle und Probleme. II. Aufl., Stuttgart, 1951.

<sup>3</sup> KRANZ, H.: S. 236.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 237.

<sup>5</sup> ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Berlin, 1951.

Die einengende Behandlung des Hysteriebegriffs in der Psychiatrie plädiert mit der Feststellung, daß sowohl in bezug auf die alte Krankheitseinheit der Hysterie wie auch auf ihre Komponenten, sich eine Begriffsunsicherheit und im besonderen ein «Schrumpfungsvorgang» (H. KRANZ) in der Gegenwart bemerkbar macht, demzufolge nicht mehr von einer «Hysterie», sondern höchstens von einer «hysterischen Reaktion» oder von «hysterischen Symptomen» die Rede sein kann. H. KRANZ behauptet: «Tatsächlich gehört heute das Wort (Hysterie) weit- hin nicht mehr zum psychiatrischen Sprachgebrauch<sup>1</sup>.»

Es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß diese auf die Spitze getriebene Einschränkung des Hysteriebegriffs, zusammen mit der Tendenz zum völligen Fallenlassen der Hysterie als Krankheitseinheit, in der deutschsprachigen Psychiatrie nur eine Reaktion auf die «Inflation der Neurosen» (H. BINDER<sup>2</sup>), des Psychischen im allgemeinen und auf die Inflation des Hysterischen im besonderen in der Psychosomatik darstellt. Vielleicht ist diese Abneigung der deutschen Psychiater gegen den Hysteriebegriff immer noch die Folge der offiziellen Stellungnahme der Schulpsychiatrie intra muros gegenüber der Rolle der Hysterie in der Psychoanalyse S. FREUDS, die ja extra und contra muros entwickelt wurde.

Wie dem auch sei, erachten wir sowohl die Diastole wie auch die Systole des Hysteriebegriffs für reaktiv. Beide Erscheinungen stellen Reaktionen von ephemerer Natur dar.

In dieser Auffassung werden wir sogar von H. KRANZ selber bestärkt. Dafür sprechen die Sätze des Autors, mit denen er seine extreme Stellungnahme zum Schluß quasi wiedergutzumachen versucht. Er schreibt: «Trotzdem möchten wir nicht glauben, daß ‚die Hysterie‘ in absehbarer Zeit aus dem psychiatrischen Sprachgebrauch gänzlich verschwinden wird. Der Begriff wird sich trotz aller Tendenz zur Beschränkung auf gewisse psychogene Körperstörungen höchstwahrscheinlich dennoch vor allem erhalten zur Charakterisierung einer bestimmten seelischen Einstellung, einer Haltung der Unechtheit und des Bedürfnisses eine Rolle darzustellen . . . Ob wir wollen oder nicht, wir werden auch von dem Wertgewicht, das im ‚Hysterischen‘ liegt, nicht loskommen, weil in seiner ‚Unechtheit‘ im Grunde etwas so ‚echt‘ Menschliches getroffen wird<sup>3</sup>.»

\*

## B. Der Hysteriebegriff in der Schicksalsanalyse

Man kann den Begriff der Hysterie u. E. richtig erst dann verstehen, wenn man die Beziehungen der Hysterie 1. *zu den Trieben*, 2. *zu den Affektqualitäten* und 3. *zum Ich* einer genauen Analyse unterwirft. Diese dreidimensionale Analyse der hysterischen Geschehnisse kann nur durch die therapeutischen Tiefenanalysen und die experimentelle Trieb- und Ich-Diagnostik, niemals aber durch eine psychiatrisch-klinische Phänomenologie allein befriedigend durchgeführt werden.

1. *Trieb und Hysterie*. Während die Psychoanalyse FREUDS bei der Hysterie die

<sup>1</sup> Zitierte Arbeit: S. 223.

<sup>2</sup> BINDER, H.: Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, 1960, S. 194 f.

<sup>3</sup> Zitierte Arbeit: S. 327.



Verdrängung der sexuellen und aggressiven Ansprüche betonte, hat die Schicksalsanalyse die hysterischen Erscheinungen – genau so wie die epileptischen – auf eine besonders gesteigerte Wirkung des *Überraschungstriebes* zurückgeführt. Der Überraschungstrieb ist nach unseren Untersuchungen im Sinne von E. KRETSCHMER ein Schutztrieb, und zwar beim Tier nur gegen äußere, beim Menschen auch gegen innere Gefahren. Da dieser Trieb – wie wir erörterten – aus den Affektenergien genährt wird, die er in Bewegung setzt, sie vorerst aufstaut, danach anfallsartig entlädt, nennen wir ihn auch *«Paroxysmaltrieb»*. Es wurde bereits auch darauf hingewiesen, daß er aus zwei sich ergänzenden Bedürfnissen, dem epileptiformen und dem hysteriformen, besteht. Das epileptiforme Bedürfnis als Triebfaktor staut die groben Affekte auf, welche die Aggression begleiten, um mit ihrer Hilfe den Feind oder sich selber im Anfall zu töten. Es trägt die Note der tötenen Gesinnung. Darüber wurde bereits im Kapitel XXX berichtet. Das hysteriforme Bedürfnis – als genetisch selbständiger Triebfaktor – staut hingegen die feineren, zarten Affekte auf, welche die Liebe, den Eros begleiten, und entlädt diese entweder in Form des angstgeladenen Sichverbergens oder in der des Sich-zur-Schau-Tragens. Es trägt die Note der liebenden, erotischen Gesinnung.

Nach der Darstellung im Kapitel XXIV B gehört sowohl die Moralität als Haltung, als Scham- und Ekelschranke wie auch der Geltungsdrang, das *«Un-echte»* und die Lügenhaftigkeit, sowohl das Sichverbergen wie das Exhibieren zum Wirkungskreis des nämlichen paroxysmal-hysteriformen Triebfaktors. Er ist bei jedem Menschen anzutreffen, bedingt aber zugleich einen besonderen, eben den hysterischen Charakter. Unter Umständen kann der Überraschungstrieb – bei krankhafter Triebstärke – auch besondere seelische Erkrankungen hervorrufen; und zwar: Angsthysterie, Phobie, Konversionshysterie, Pseudologia phantastica und Exhibitionismus<sup>1</sup>.

In der Begriffsbildung der Schicksalsanalyse *ist demnach die Hysterie eine besondere Krankheitseinheit, welche durch die konstitutionelle, abnorme Triebstärke des paroxysmal-hysteriformen Bedürfnisses bedingt und durch bestimmte Umweltreize manifestiert wird.* Bezüglich des Wertgewichtes ist die Hysterie weder nur immoralisch (unecht) noch hypermoralisch, denn sie kann *beides* sein (v. WEIZSÄCKER), da der Überraschungstrieb, auf dem sie fußt, beide extreme Verhaltensweisen triebmäßig bestimmt.

Worin besteht nun der begriffliche Unterschied zwischen dem epileptiformen und hysteriformen Erscheinungskreis, wenn – wie wir vermuten – beide durch den gleichen Paroxysmaltrieb verursacht werden? Die Antwort erteilt uns die weitere Analyse der Affektkräfte, die als Energiequelle dieses Triebes dienen.

2. *Affekt und Hysterie.* In der Literatur werden die Epilepsie und die Hysterie auch als *Affektanfallserkrankungen* behandelt.

Das lateinische Wort *«affektus»* (vom Verb *afficere* = einwirken, Eindruck machen, befallen) trägt folgende Bedeutungen: körperlicher Zustand, Disposition; seelischer Zustand: Gemütsstimmung, Regung, Gefühl, Gemütsbewegung, Leidenschaft; von heftigen Affekten: Gier, Verlangen; von zärtlichen Affekten: zärtliche Neigung, Zärtlichkeit, Liebe, aber auch Willenskraft und Wille<sup>2</sup>. Die

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, 1960, S. 108 ff.

<sup>2</sup> GEORGES, K. E.: Lateinisch-Deutsches Handwörterbuch. Leipzig, 1861, S. 165.

Zahl der Affektqualitäten variiert schon in der altgriechischen Philosophie zwischen zwei (Lust = hedoné und Leid = lype) bis elf (ARISTOTELES). THOMAS VON AQUINO hat sie unter zwei Grundaffekte, nämlich der *Begehrlichkeit* (*vis concupiscibilis*) und der *Zornmütigkeit* (*vis irascibilis*), eingeordnet. Diese Einordnung wird teils auch von uns befolgt. Nun konnten wir sowohl in der analytischen Behandlung wie experimentell feststellen, daß der Hauptunterschied zwischen dem epileptiformen und dem hysteriformen Triebfaktor – und somit auch zwischen einem epileptischen und hysterischen Anfall – nur *in der Qualität der Affekte* besteht, die aufgestaut und entladen werden. Folgen wir den elf Affektqualitäten nach ARISTOTELES und gruppieren sie – ähnlich wie THOMAS VON AQUINO – nach der groben und zarten Qualität, so erhalten wir den Unterschied, der zwischen epileptiformen und hysteriformen Affektbewegungen, Affektstauungen und -entladungen besteht<sup>1</sup>.

Tab. 12. Aufteilung der Affekte

Bei dem <i>epileptischen</i> Anfall werden die <i>groben, kainitischen</i> Affekte, <i>vis irascibilis</i> :	Bei dem <i>hysterischen</i> Anfall werden die <i>zarten, erotischen</i> Affekte, <i>vis concupiscibilis</i> :
1. Zorn = orgé 2. Haß = misos 3. Neid = phtónos 4. Eifersucht = zélos 5. Furcht = phóbos  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> aufgestaut und entladen	6. Sehnsucht = póthos 7. Begierde = epithymia 8. Liebe = philía 9. Mut = thrásos 10. Mitleid = éleos 11. Freude = chará  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> aufgestaut und entladen

Die paroxysmale, affektaufstauende Phase ist demnach bei beiden Krankheitsformen vorhanden, der Unterschied zeigt sich nur in der Affektqualität, die dann auch das klinische Bild des Anfalls bedingt.

3. *Das Ich und die Hysterie*. In einem wichtigen, ja sogar ausschlaggebenden Punkt zeigt der Epileptiker mit dem Hysteriker eine Übereinstimmung. Nämlich: *in dem Gebrauch der Entfremdung*. Beide Krankheitstypen wehren die innere oder äußere Gefahr zuweilen durch *Abspaltung der Realität*, klinisch gesprochen durch Derealisation, ich-analytisch ausgedrückt: durch Ausschaltung der Wahrnehmungen, der Introjektionen, ab. Auf diesem Ich-Wege geraten beide in einen Dämmer- bzw. stuporösen, hypnoiden Zustand, entfremden sich von der realen äußeren Welt, und folglich entsteht entweder eine Depersonalisation (als Aura bei den Epileptikern) oder eine Wachträumerei (bei den Hysterikern). (Siehe Tab. 13).

Die experimentelle Ich-Analyse konnte aber auch die Differenzierung der beiden Anfallserkrankungen durchführen. Der Epileptiker benützt neben der Entfremdung auch die Abwehrformen des Ausreisens (Fugues), der Projektion, der Inflation, im besonderen aber der Desintegration; der Hysteriker hingegen die Verdrängung und die Hemmung. Beide machen – neben der Entfremdung – auch

<sup>1</sup> Leider hat die Tiefenpsychologie *keine Affektlehre*, welche den Trieb-, Ich- und Kontaktlehren ebenbürtig wäre.

Tab. 13. Das Ich-Leben

Bei der <i>Epilepsie</i>	Bei der <i>Hysterie</i>
A. Die gemeinsamen Abwehrmechanismen	
<p>1. <i>Entfremdung</i>                      a) Dämmerzustände                      b) Depersonalisation:                      Aura (Absence, Somnambulismus)</p> <p>2. <i>Integration</i>                      Katastrophenahnung vor dem Anfall</p> <p>3. <i>Projektion</i>                      Paranoide Epilepsie</p>	<p>1. <i>Entfremdung</i>                      a) Stupor                      b) Konversionen                      Amaurosis hysterica                      Ptosis hysterica                      Anästhesie                      Analgesie                      (Aphonic, Abasic, Astasie usf.)</p> <p>2. <i>Integration</i>                      Phobie</p> <p>3. <i>Projektion</i>                      Organneurose</p>
B. Die verschiedenen Abwehrmechanismen	
<p>4. <i>Ausreißen, Fugues</i>                      5. <i>Inflation und Projektion</i></p>	<p>4. <i>Verdrängung</i>                      5. <i>Hemmung</i></p>

von der übertriebenen Integration Gebrauch, welche mit Katastrophenahnungen einhergeht. (Bei dem Epileptiker vor dem Anfall, bei dem Hysteriker in der Phobie.)

Im Abschnitt der Pathogenese werden wir versuchen, die Frage zu beantworten, ob die Ich-Veränderungen primär durch die Affektparoxysmen bedingt sind oder umgekehrt.

## II. Pathogenese der Hysterie

Hier müssen wir uns auf die folgenden vier Entstehungstheorien beschränken:

A. *Die entwicklungsgeschichtliche Theorie nach E. KRAEPELIN* nimmt an, daß hysterische Symptome *entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Reaktionsweisen* darstellen. Sie liegen an sich in jedem Menschen bereit.

B. *Die Krankheitsgewinntheorie nach S. FREUD* meint – im Gegensatz zur archaischen Theorie –, daß hinter einem jeden hysterischen Symptom eine persönliche Tendenz stecke: *der Wille zur Krankheit*, die Flucht in die Krankheit, kurz: *der Krankheitszweck und -gewinn*. Der Anlaß zu dieser Flucht ist meistens ein Versagen in der Liebe, eine Verdrängung der Liebe oder eine Hemmung der Sexualität.

C. *Die Reflextheorie nach E. KRETSCHMER* vereinigt beide Theorien. Der hysterische Mechanismus soll zwar einerseits biologisch vorgebildet sein, andererseits aber sei er stets persönlich tendenziös und zweckvoll. E. KRETSCHMER führt das Hypnoide, den Stupor, auf den uralten tierischen Schutzmechanismus des Sichtot-Stellens (BABAK), die Krampf- und Zittermechanismen auf den archaischen Bewegungsturm, das Erblassen und Erröten auf das tierische Mimikry zurück.

Wir können hinzufügen, daß die hysteriformen Schweiß- und Harndranganfälle auf das «Spritzen» der Tiere in einer Gefahrsituation (CHRISTOFFEL) zurückzuführen seien. Alle diese Reflexmechanismen sind archaische, zweckmäßige Abwehrarten irgendeiner Gefahr. KRETSCHMER schreibt: «*Hysterisch nennen wir vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen, bei denen eine Vorstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient*<sup>1</sup>.» Nach KRETSCHMER sind somit die Bedingungen einer hysterischen Reaktion: 1. die Mobilisierung biologisch vorgebildeter Abwehrmechanismen, 2. die aktuelle, persönliche Tendenz, d. h. eine Willensvorstellung. Eine tendenziöse Handlung ohne Mobilmachung biologisch vorgebildeter Abwehrmechanismen ist nach KRETSCHMER nicht hysterisch. So z. B. die Simulation und Aggravation bei Renten neurosen. Ebenfalls ist ein Symptom nicht hysterisch, wenn es ohne persönliche Tendenz die biologisch vorgebildeten Schutzmechanismen benützt, z. B. das Schreck- und Paniksyndrom bei einem Erdbeben. Die Pathogenese der Hysterie bei KRETSCHMER und FREUD weist also bezüglich der Rolle der persönlichen Tendenz (zum Krankheitsgewinn) eine völlige Übereinstimmung auf. Merkwürdig ist hingegen, daß FREUD, der ja in der Entstehung des epileptischen Anfalls den vorgebildeten Reflexmechanismen eine wichtige Rolle eingeräumt hat, diesen beim hysterischen Anfall keine Bedeutung zuspricht.

D. *Die Theorie der Überraschungstriebkrankheit nach der Schicksalsanalyse.* Diese Theorie faßt die Hysterie als eine Triebkrankheit des sogenannten paroxysmalen Überraschungstriebes auf, bei der die Triebstärke des allmenschlichen hysteriformen Faktors konstitutionell abnorm erhöht ist. Ohne diese hereditäre Verstärkung im Raum des hysteriformen Faktors könnten die Umweltfaktoren (Versagen in Liebe, existentielle oder sexuelle Gefahrsituationen usf.) niemals die Krankheit «Hysterie» zum Vorschein bringen. (Siehe später die Genetik der Hysterie.) Ähnlich wie bei der Epilepsie müssen wir auch bei der Hysterie drei Phasen des Krankheitsprozesses unterscheiden.

*Die erste ist die paroxysmale Phase,* in der die zarten, überwiegend sexuellen und erotischen, also die liebenden Affekte, aufgestaut werden. Sie ist die Phase der *Angst, Panik* und *Phobie*.

*Die zweite ist die Anfallsphase,* in der die aufgestauten Affekte entweder in Form einer Hemmung, Verkrampfung (Immobilisation) oder in der eines Bewegungssturms entladen werden. Sie ist die *Krampfperiode*.

*Die dritte Phase* nennen wir die *Periode der Gutmachung, der Entfremdung und der Konversion.* Sie besteht in irgendeiner andauernden Fixation im Zustand eines motorischen oder sensorischen Symptoms, das in der aktuellen Gefahrsituation eine Berechtigung hatte, nach Ablauf der akuten Gefahr aber schon inadäquat wurde. *Diese dritte Phase der Konversionen entsteht durch eine sekundäre Ich-Veränderung, und zwar durch die Entfremdung.*

Nicht jeder Hysteriker muß zwangsläufig alle drei Phasen durchlaufen. Einige bleiben in der Phase der Angst und Phobie stecken; man nennt sie Angsthysteriker oder Phobiker. Andere produzieren episodisch auch hysterische Krampfanfälle, ohne danach in den Konversionssymptomen zu erstarren. Einige bilden bestimmte symbolische Konversionen; eben diejenigen, bei denen das Ich durch

<sup>1</sup> KRETSCHMER, E.: Über Hysterie. Thieme, 1925, S. 4.

die Entfremdung stationäre Veränderungen aufweist. Die erörterten drei Phasen bilden u. E. die Krankheitseinheit der Hysterie. Die erhöhte konstitutionelle Triebstärke des hysteriformen Bedürfnisses kann aber zwei weitere, stationäre Schicksalsformen aufweisen: viertens *die Hypochondrie bzw. die Organneurose durch Projektion* und fünftens den *hysterischen, heboïd-exhibitionistischen Charakter* durch Introjektion.

Wir hegen die Meinung, daß *sowohl bei der Epilepsie wie auch bei der Hysterie die Entfremdung als Ich-Veränderung zwar spezifisch aber nicht primär ist*. Die experimentellen Analysen des Affekt- und Ich-Lebens machten die Annahme wahrscheinlich, daß bei diesen Erkrankungen *die Paroxysmen im Affektgebiet die primordiale Rolle spielen. Eben diese Paroxysmen bewirken im Ich eine spezielle Spaltungsart*. Diese besteht darin, daß das Ich die Funktion der Introjektion, d. h. die Brücke zu der sensoriiell und motorisch wahrnehmbaren realen Welt verliert und danach konsekutiv die Entfremdung entsteht. Bei den chronischen Epileptikern manifestiert sich diese sekundäre Ich-Veränderung in einem andauernden Dämmerzustand, der die Person vor der aufgestauten tötenden Gesinnung schützt. *Wäre aber das Affektleben nicht derart massiv von Tötungswünschen überschwemmt, so müßte das Ich die Wahrnehmungsbrücke zur Welt nicht aufgeben*. Bei den Konversionshysterikern hat die Entfremdung die Aufgabe, die liebenden (sexuellen und erotischen) Affekte in ihrer Realisierung dadurch unmöglich und unschädlich zu machen, daß die reale Welt für das Sensorium oder die Motorik partiell ausgeschaltet wird. Auf dem Wege der Entfremdung entstehen u. E. die hysterischen Analgesien (Ausschaltung der Schmerzempfindungen), die hysterischen Anästhesien (Ausschaltung des Tastsinns), die hysterischen Sehstörungen (Amaurosis, Ptosis hysterica), die hysterischen motorischen Lähmungen (Abasie, Astasie, Aphonie usw.). *Wo also eine Entfremdung des Ichs die reale Welt in einem seiner Sektoren ausschaltet, stellt sich diese Ich-Veränderung sekundär ein, um die groben oder zarten Affektansprüche abzuwehren*.

Wir müssen noch darauf hinweisen, daß die paroxysmale Art der Ich-Spaltung bei der Epilepsie und Hysterie eine völlig andere Spaltungsart darstellt als jene, welche bei der Schizophrenie von E. BLEULER beschrieben wurde<sup>1</sup>. Während das Ich der Schizophrenen sich in Autismus und Hemmung spaltet, spaltet sich das epileptiforme und hysteriforme Ich in zwei Stücke, von denen das eine die Introjektion, das andere die Entfremdung ist. Interessanterweise leben die «moralischen» Epileptiker und Hysteriker zumeist in der Phase der Entfremdung, hingegen die amoralischen Paroxysmalen, im besonderen die Exhibitionisten, in der Phase der introjektiven Einverleibung, in der der Macht und Besitznahme.

\*

In der Entstehung der Hysterie werden als *äußere, traumatische Faktoren* im besonderen mißglückte Liebesverhältnisse, Verlobungs- und Eheversuche erwähnt. Darum erscheint die Hysterie am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (E. KRETSCHMER)<sup>2</sup>. Die Selbstwertproblematik fast aller Hysteriker hängt nach E. KRETSCHMER auch mit den häufigen Reifungsschwierigkeiten und Retardationsprozessen eng zusammen. Die beruflichen, existentiellen und sexuellen Mißerfolge,

<sup>1</sup> Siche Abschnitt IX.

<sup>2</sup> KRETSCHMER, E.: Hysterie, Reflex und Instinkt. G. Thieme, Stuttgart, VI. Aufl., 1958, S. 63-64.

die Enttäuschungen, Entmutigungen durch das ewige Versagen, kurz die Frustration, spielen nach FREUD in der Manifestierung der hysterischen Anlage eine eminente Rolle.

### III. Genetik der Hysterie

Das Problem der Ätiologie der Psychoneurosen, inbegriffen der Hysterie, trägt – mit O. BUMKE zu sprechen – ein Janusgesicht: «nach rückwärts blickt es auf die *pathologische Anatomie*; uns selbst weist es auf die *Psychologie*<sup>1</sup>». Noch im Jahre 1902 – d. h. zwei Jahre nach der Erscheinung von FREUDS «Traumdeutung» – hat der Pathologe NISSEL «die Gleichstellung der Hysterie mit der progressiven Paralyse verlangt und für sie wie für alle Neurosen schlechthin jede psychologische Erklärung verworfen»<sup>2</sup>. Darauf antwortete HOCHÉ (in Übereinstimmung mit GAUPP), «daß die Hysterie eine pathologische Anatomie im Sinne der Paralyse nicht nur *noch* nicht besäße, sondern nicht besitzen könne und deshalb *niemals* besitzen würde»<sup>3</sup>. Seitdem aber FOERSTER und GIERLICH aus den striären Bewegungsstörungen auf phylo- und ontogenetisch ältere Mechanismen geschlossen haben, erschien – vorübergehend – eine neue anatomische Benennung, die «*Striatum-Neurose*». Kurz darauf haben die Hirnanatomen C. und O. VOGT das materielle Substrat der Hysterie in der Hypoplasie des striären Systems zu lokalisieren versucht. Dazu bemerkte KROLL, daß nicht das Wesen, sondern nur die Symptome der Hysterie striären Ursprungs seien.

O. BUMKE glaubte hingegen, daß die materielle Grundlage der Hysterie und aller Psychoneurosen nicht in der anatomischen Struktur, sondern *in den gradweisen Abweichungen der Funktion des Nervengewebes* zu suchen seien. KEHRER wollte die ererbte materielle Grundlage der Neurosen im System der Lebenstriebe finden.

Die *genetischen* Untersuchungen von MEDOW zeigten einen spezifischen Erbboden der Hysterie auf. In mehr als der Hälfte der Fälle konnte er die direkte Vererbung der hysterischen Reaktionsform nachweisen. In den Familien der Hysteriker fand MEDOW keine zirkulären, nur schizophrene Geisteskranke. W. KRAULIS<sup>4</sup> fand unter den Geschwistern, Kindern, Eltern und Elterngeschwistern von Hysterikern auffallend viele Hysteriker. Für die Richtigkeit, den Paroxysmaltrieb mit den Zwillingsfaktoren des epileptischen und hysterischen Faktors aufzustellen, spricht der Befund W. KRAULIS', wonach in der Verwandtschaft von Hysterikern viele epileptische Individuen vorkommen. Er fand z. B. *fünfmal* so viel Epileptiker in der Geschwisterschaft der Hysterikerprobanden (1,53%) wie in der Durchschnittspopulation (0,29%). Diese Erbverwandtschaft zwischen Epilepsie und Hysterie wurde auch von LUXENBURGER bestätigt (er fand 2,43%). Bei den Geschwistern von Epileptikern hat LUXENBURGER umgekehrt viele Hysteriker gefunden<sup>5</sup>, und zwar 1,1%, d. h. achtmal so oft wie in der Durchschnittsbevölkerung. Die Erbverwandtschaft der Epilepsie und Hysterie zeigt sich nach eigenen Untersuchungen im besonderen im Affektleben, also im paroxysmalen Überraschungstrieb und

<sup>1</sup> BUMKE, O.: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Berlin, Springer, 1928, S. 58.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 63.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 64.

<sup>4</sup> KRAULIS, W.: Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise. Ztschr. f. N. u. Ps., 136, H. 1/2. 1931.

<sup>5</sup> v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1959, S. 342. und W. KRAULIS, zitierte Arbeit, S. 206–208.

in der hereditären Anlage des Ichs zur Entfremdung. Diese genetische Verwandtschaft erklärt auch die Möglichkeit des Auftretens einer sogenannten *Hystero-Epilepsie*, eines Krankheitsbildes, das von vielen Autoren abgelehnt, von anderen hingegen – so von FRIEDMANN, BONHOEFFER, PIERCE CLARK, BRATZ, VOLLAND, MUSKENS<sup>1</sup> und auch von uns – angenommen wurde. Bei der Hystero-Epilepsie fanden wir in der paroxysmalen Phase die Vermischung von tötender und liebender Gesinnung.

#### IV. Klinische Formen der Hysterie

A. In der *klinischen Psychiatrie* unterscheidet H. KRANZ 1953<sup>2</sup> 1. die *Reflexhysterie* im Sinne E. KRETSCHMERS, 2. die *Ausdrucks-hysterie*, bei der die Form des Symptoms durch die auslösenden Erlebnisse quasi logisch bedingt ist, so z. B. die andauernde schonende Haltung des Fußes oder des Armes nach längst abgelaufener rheumatischer Schmerzhaftigkeit (M. RAIMIST)<sup>3</sup>. 3. Die *Organhysterie*, bei der die Organwahl durch das «somatische Entgegenkommen» (S. FREUD) oder durch eine bestimmte Organminderwertigkeit (A. ADLER) gelenkt wird. Nach der Psychoanalyse soll sich hier zwischen dem seelischen Trauma und der Organwahl ein symbolischer Konversionsprozeß abspielen. Die Kritik von H. KRANZ an dieser Deutung der Konversionshysterie lautet: «Es wurde aus der reinen Zufälligkeit eine Sinnhaftigkeit<sup>4</sup>.» Das übertriebene Streben der Psychosomatik, die Grenzen zwischen dem «Funktionellen» und dem «Organischen» prinzipiell aufzuheben, wird im Lichte dieser psychiatrischen Kritik noch strenger als bei der Konversionshysterie der Psychoanalyse an den Pranger gestellt.

B. E. KRETSCHMER<sup>5</sup> hat 1958 folgende Gruppen von hysterischen Reaktionen aufgestellt:

1. Die *Sozialhysterien*. Hier bringt er hauptsächlich die biologischen und sozialen Minusvarianten unter: d. h. die nervösen Psychastheniker, die ängstlich Verzagten und Abulischen, andererseits aber auch die Epileptoiden, Querulanten und moralischen Defekttypen.

2. Die *engere Hysterie*. Sie umfaßt Frauen und Jugendliche mit erotischer und familiärer Problematik, ferner kleinere Psychopathen mit hysterischer Disposition (Pseudologia phantastica, Mythomanie). Charakteristisch für diese Gruppe sind die vegetative Stigmatisierung und die Störungen der Sexualkonstitution (Intersexualität).

3. Die *Retardierungshysterie* wird durch die Verlangsamung der Reife im Kontakt-, Verstandesleben und Elternverhältnis charakterisiert. E. KRETSCHMER beschreibt sie folgendermaßen: «Die Menschen, die die gewöhnlichen psychischen Traumata aus der Kinderzeit bis über die Schwelle der Pubertät hinüber konservieren, haben in der Regel bestimmte, körperlich konstitutionelle Stigmen. Es sind nämlich *Retardierte*, d. h. Menschen, deren körperlich-seelische Pubertätsreife stockend, unebenmäßig, da und dort gehemmt vor sich geht<sup>6</sup>.» Mit dieser

<sup>1</sup> MUSKENS, L. J. J.: *Epilepsie*. Springer, Berlin, 1926, S. 281.

<sup>2</sup> KRANZ, H.: Zitierte Arbeit, S. 232 ff.

<sup>3</sup> RAIMIST, M.: *Hysterie. Zur Frage der Entstehung hysterischer Symptome*. Berlin, 1913.

<sup>4</sup> KRANZ, H.: Zitierte Arbeit, S. 234.

<sup>5</sup> KRETSCHMER, E.: *Hysterie, Reflex und Instinkt*. Thieme, Stuttgart, 1938, S. 52–66.

<sup>6</sup> Zitierte Arbeit: S. 60.

Stellungnahme distanziert sich E. KRETSCHMER auch von der Einseitigkeit der Untersuchungen von R. SPITZ.

X 4. Der «*hysterische Charakter*», gekennzeichnet durch die erhöhte Labilität, gesteigerte und beschleunigte «Umschaltbarkeit» (KRAEPELIN, BLEULER), wird zwar von E. KRETSCHMER angenommen, aber die Frage, ob Leute mit hysterischen Reaktionen einen bestimmten «hysterischen Charakter» haben, als eine falsche Fragestellung erachtet. Er betont, daß beim Zustandekommen hysterischer Reaktionen ganz heterogene Menschengruppen betroffen sind: «auf der einen Seite ein Heer von undifferenzierten Defektmenschen, Schwachsinnigen, Prostituierten, Kriminellen, auf der anderen Seite die Heiligen der religiösen Mystik; auf der einen Seite das in sublimen Gefühlen oder raffinierten Toiletten schillernde blasierte Großstadtvolk der Ästheten, Mondänen und Poseure, der ‚Hysteriker erster Klasse‘, auf der anderen die derben Münchener Landdienstmädchen KRAEPELINS; hier die blasse, morose Gleichgültigkeit der verkümmerten älteren Ressentimentmädchen, dort die springende Lebendigkeit und der naiv schmolgende Charme der ‚permanenten Backfische‘, dort die kalten Augen der hysterischen ‚Kanaille‘.<sup>1</sup>» E. KRETSCHMER will den Begriff des hysterischen Charakters auf die pathologischen Schwindler, den weiblichen Frühpubertätstypus und auf die «permanenten Backfische» anwenden und sieht darin Musterbeispiele der ADLERSCHEN Überkompensation.

C. Die *Psychoanalyse* hat die Angsthysterie – zusammen mit der Neurasthenie – der Gruppe der «Aktualneurosen», die Phobie und die Konversionshysterie der der «Übertragungsneurosen» zugeteilt.

D. Die *Schicksalsanalyse* hegt die Meinung, daß die Angsthysterie, die Phobie, die «echte» Anfallshysterie und die Konversionshysterie, ferner die sogenannte Organneurose und der hysterische Charakter keine selbständigen, klinisch differenzierbaren Krankheitsbilder darstellen, sondern nur Phasen des gleichen paroxysmalen, hysterischen Prozesses sind. In der ersten Stauungsphase der Affekte, also in der paroxysmalen Phase, erscheinen nur die angstneurotischen und phobischen Symptome. Geht der Prozeß weiter, so wird die Bühne von Bewegungstürmen belebt oder vom Sich-tot-Stellen erstarrt. Erst wenn die Wiedergutmachungstendenz in erhöhtem Maße gesteigert ist, stellt sich die Konversion als Folge der Entfremdung der sensorischen oder motorischen Wahrnehmungswelt ein. Wird aber die narzißtische Liebe auf irgendein Organ hinausverlegt, so entsteht die hysteriforme Hypochondrie (S. FREUD), die häufig mit dem Wort «Organneurose» gleichbedeutend gebraucht wird. Die neurotische Hypochondrie ist die auf ein vegetativ-viszerales Organ (Herz, Magen, Darm, Auge usw.) projizierte, d. h. somatisierte Hysterie. Der sogenannte hysterische Charakter hingegen ist die Folge der Introjektion des hysteriformen Affektprozesses, also seine ich-hafte Einverleibung – als Reaktionsbildung – im Ich (S. FREUD). (Siehe Tab. 14.)

Das klinische Bild der Hysterie wird somit von der Stellungnahme bzw. der Abwehrart des Ichs bedingt. Die Verdrängung und Hemmung ist für die Angsthysterie, die mit Katastrophenahnungen einhergehende Integration für die Phobie, die Entfremdung für die Konversionshysterie, die Projektion für die Organ-

---

<sup>1</sup> Ebenda: S. 65.



Tab. 14. *Klinische Formen der Hysterie*

In der Psychiatrie		In der Neurosenlehre	
E. KRETSCHMER	H. KRANZ	Psychoanalyse	Schicksalsanalyse
<p>I. <i>Sozialhysterie:</i></p> <p>1. Nervöse psychasthenische</p> <p>2. Verzagte</p> <p>3. Abulische</p> <p>4. Epileptoide</p> <p>5. Querulanten</p> <p>6. Immoralische</p> <p>II. <i>Engere Hysterie:</i></p> <p>1. Erotische Problematik</p> <p>2. Familiäre Problematik</p> <p>3. Hysteriforme Psychopathen (Pseudologie)</p> <p>Charakteristisch:</p> <p>a) vegetative Stigmatisierung</p> <p>b) Sexualstörungen</p> <p>III. <i>Retardierungshysterie</i></p> <p>IV. <i>Hysterischer Charakter:</i></p> <p>1. Path. Schwindler</p> <p>2. Weibl. Frühpubertäristypen</p> <p>3. Permanente Backfische</p>	<p>I. <i>Reflexhysterie</i> nach E. KRETSCHMER:</p> <p>1. Bewegungssturm</p> <p>2. Sich-Totstellen</p> <p>3. Farbenwechsel + Willenstendenz</p> <p>II. <i>Ausdrucks-hysterie</i> nach M. RAIMIST</p> <p>III. <i>Organhysterie:</i></p> <p>1. Som. Entgegenkommen (FREUD)</p> <p>2. Organminderwertigkeit (ADLER)</p> <p>Motto: «Von Zufälligkeit wird Sinnhaftigkeit»</p>	<p>I. <i>Aktualneurosen</i> (Neurasthenie):</p> <p>1. Angsthysterie</p> <p>II. <i>Übertragungsneurosen</i> = <i>Psychoneurosen:</i></p> <p>1. Phobie</p> <p>2. Konversions-hysterie (Zwang-neurose)</p> <p>Motto: Erkrankung an der</p> <p>1. absoluten äußeren Versagung,</p> <p>2. der Realforderung,</p> <p>3. durch Entwicklungshemmungen,</p> <p>4. durch Steigerung der Libidoquantität</p>	<p>I. <i>Paroxysmale Phase:</i> In der <i>Affektivität:</i></p> <p>1. Angst</p> <p>2. Panik</p> <p>3. Phobie</p> <p>Im <i>Ich:</i></p> <p>1. Hemmung</p> <p>2. Verdrängung</p> <p>3. Integration</p> <p>II. <i>Anfallsphase:</i></p> <p>1. Sich-Totstellen, Hypnoid, Stupor, Verkrampfung</p> <p>2. Bewegungssturm: Im <i>Ich:</i> Auto- oder Allodestruktion, evtl. Desintegration</p> <p>III. <i>Gutmachungsphase:</i> Konversionsphase Im <i>Ich:</i> Entfremdung</p> <p>IV. <i>Projektionsphase</i> Somatisierung:</p> <p>1. Hypochondrie</p> <p>2. Organneurose</p> <p>V. <i>Introjektionsphase:</i></p> <p>1. Charakterneurose</p> <p>2. Heboformer Exhibitionismus</p> <p>Motto: Die Ich-Abwehr bedingt die Erscheinungsform der Hysterie aber nicht die Hysterie selbst</p>

neurose bzw. Hypochondrie, die Introjektion für den hysterischen Charakter bestimmend. Die Geschehnisse im Affektleben der Person bleiben aber bei allen fünf Erscheinungsbildern die nämlichen. Darum erachten wir eine zu weit gehende klinische Differenzierung im Raume der Hysterie für übertrieben<sup>1-3</sup>.

\*

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie Bd. I. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 313 ff., 450, 460, 481, 485 f.  
<sup>2</sup> BLUMER, D.: Beitrag zur Psychologie der neurotischen Hypochondrie. B. Schwabe, Basel, 1957.  
<sup>3</sup> GSCHWIND, M.: Die Formen der Somatisierung. Bericht über das II. Kolloquium der Int. Forschungsgem. f. Schicksalspsychologie. Szondiana III, S. 243 ff.

Hier soll nur kurz darauf hingewiesen werden, daß das «Hysterische» bei allen Psychosen als ein symptomaufbauendes Element fungiert. Im besonderen spielt es im Krankheitsbild der *heboformen* Schizophrenie eine wichtige Rolle, bei der das Pathetische, das Theatralische, das Ekstatische, die Lügenhaftigkeit (Mythomanie), die Sprunghaftigkeit, die Neigung zum Exhibieren mit der Hypochondrie auf der Basis des paroxysmal-hysterischen Triebfaktors fußt. Dies konnten wir auch experimentell feststellen<sup>1</sup>. Der Phasenwechsel bei den zirkulären Psychosen scheint ebenfalls paroxysmalen Ursprungs zu sein.

## V. Strukturanalyse der Hysterie

1. Die *Sexualstruktur* der Neurosen im allgemeinen – inbegriffen die Hysterie – zeigt im Experiment ausgesprochen *intersexuelle* Geschlechtsproportionen. Bei den neurotischen Männern: 1 Dur:1,2 Moll; bei den neurotischen Frauen: 1 Dur:1,2 Moll; bei den männlichen Hypochondern: 1,1 Dur:1 Moll und bei den weiblichen Hypochondern: 1 Dur:1 Moll. Diese auf Grund des Triebtestes gewonnenen experimentellen Ergebnisse von U. STUDER-SALZMANN stimmen mit den klinisch-konstitutionellen von E. KRETSCHMER<sup>2</sup> überein.

2. Die *Sozialstruktur* der Neurotiker – inbegriffen die Hysteriker – steht im allgemeinen *über* der kritischen Größe von 40%. Von allen seelischen Krankengruppen erreichen eben die Neurotiker (44,2% bei Männern und 46,2% bei Frauen) und die Hypochonder (42,5% bei Männern und 42,6% bei Frauen) kollektiv die höchsten Werte bezüglich der Soziabilität.

Dieser experimentelle Befund U. STUDER-SALZMANNs spricht gegen die üblich angenommene asoziale «Unechtheit» der Hysterie. Man kann sogar die Behauptung wagen, daß – abgesehen von den hysteriformen Psychopathien – die Hysteriker eben an ihrem strengen Über-Ich erkranken, das ihnen die Befriedigung der Sexualität verbietet.

3. Die *Existenzformen der Hysteriker*. Von ULRIKE STUDER-SALZMANN wurden sechs Gruppen hysterischer Erkrankungen (Konversionshysterie, Angsthysterie, Phobie, Hypochondrie, hysteriforme Charaktere, klinische Angstzustände) aus dem Internationalen Archiv, und zwar 65 Männer und 71 Frauen, auf ihre existenzielle Struktur hin experimentell geprüft und mit den entsprechenden Auswertungen von R. SEIDEL an 70 Epileptikern und 36 Epileptikerinnen verglichen<sup>3</sup>.

Die Epileptiker, Männer wie Frauen, zeigen größere Neigung zu Anfällen und im Intervall häufigere Abwehr in Form von *Projektionen* als die Hysteriker, was den klinischen Erfahrungen entspricht. Epileptikerinnen scheinen eher zu sexueller *Inversion* zu tendieren als Hysterikerinnen.

Bei Konversions- und Angsthysterikern, Hypochondern und hysterischen Charakteren männlichen wie weiblichen Geschlechts scheinen an erster Stelle *pervertierte Ansprüche* zu stehen, welche mit neurotischen Abwehrmechanismen be-

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie Bd. I, S. 304 ff. und 308 ff.

<sup>2</sup> KRETSCHMER, E.: Zitierte Arbeit, S. 57.

<sup>3</sup> STUDER-SALZMANN, ULRIKE: Experimentelle Existenzanalyse bei hysterischen Erkrankungen im Vergleich mit der Epilepsie. Vortrag gehalten in der Arbeitsgem. für exp. Triebforschung und Schicksalspsych., Zürich, 1961. Szondiana V, S. 253 ff., 1963.

kämpft werden. Somatisierungen und depressive Verstimmungen sind bei diesen hysteriformen Kranken häufiger als bei den Epileptikern.

Von den verschiedenen hysteriformen Krankheitsgruppen scheint die Phobie in ihrer existenziellen Struktur der Epilepsie am nächsten zu stehen. Bei den Phobikern steht die Paroxysmalität, die Anfallsbereitschaft wie bei den Epileptikern in vorderster Linie; bei ersteren hat die hysteriforme, bei letzteren die epileptiforme Anfallsbereitschaft den Vorrang. Beide neigen zu projektiv-paranoiden Reaktionen (dritte Stelle der Rangordnung). Abweichend von den Epileptikern ist die Neigung der Phobiker zu zwangshafter Bewältigung.

Der Umstand, daß trotz der Kleinheit der Einzelgruppen der verschiedenen hysteriformen Erkrankungen, dennoch signifikante Unterschiede in bezug auf die existenzielle Struktur festgestellt wurden, spricht für die Richtigkeit der Aufstellung dieser unterschiedlichen Krankheitsphasen sowohl in der Psychiatrie wie in der Neurosenlehre.

*Therapie der Hysterie.* Da bei der Hysterie die zarten erotischen, oft auch die groben Affekte verdrängt oder mindestens stark gehemmt werden, ist hier zweifelsohne die direkte, d. h. die auf das Verdrängte und Gehemmte hinzielende klassische Psychoanalyse die erfolgreichste Therapie (S. FREUD). Die indirekten Methoden der Schicksalstherapie kommen in den schweren Fällen zur Anwendung, bei denen die hereditäre paroxysmale Triebstärke und die sich in den Konversionen oder Organneurosen manifestierenden Ich-Veränderungen, im besonderen die Entfremdungszustände, trotz der langen klassischen Behandlung nicht verschwinden.

Der Fall, den wir hier mitteilen, beweist, daß die direkte Therapie zwar fähig ist, die hysterischen Symptome vorübergehend in den Hintergrund zu stellen, die hereditären Trieb- und Ich-Veränderungen dagegen, die eben die hysterische Konstitution bestimmen, unverändert das Leben durchziehen können. Sie werden nur durch das Vertauschen der Hysterie-Existenz mit einer adäquaten sozialisierten Existenzform, d. h. auf indirektem Wege, ungefährlich gemacht.

### *Fall 39. Schicksalsanalyse einer Hysterikerin*

1941 erschien in meiner Sprechstunde eine Mutter mit ihrer 20jährigen Tochter zwecks einer endokrinologischen Untersuchung. Das Mädchen menstruierte in den vergangenen zwei Jahren nur zweimal. Die Hormonspritzen waren erfolglos. Die gynäkologische Untersuchung wurde mit negativem Befund abgeschlossen. Auffällig war nur die außerordentliche Größe der Klitoris, die auf eine intersexuelle Konstitution hinwies. Auch die speziellen endokrinologischen Untersuchungen (Hypophyse, Nebenniere, Schilddrüse, Pankreas usw.) gaben keinen Aufschluß über die Ursache der Amenorrhoe. Um das psychische Feld abzuklären, haben wir uns entschlossen, bei der Patientin auch die experimentelle Triebdiagnostik mit dem Triebtest durchzuführen, die folgendes ergab: 1. Sexueller Sadomasochismus, 2. hysteriforme Affektstauungen und Phobie, 3. hysteriforme Ich-Veränderungen mit Hemmung, Verdrängung, im besonderen aber mit Entfremdung, 4. Anlage zur sexuellen Haltlosigkeit und Sucht. Wir stellten die Diagnose: Hysterie und nahmen sie in Analyse, die, mit kurzen Unterbrechungen – von November 1941 bis Dezember 1943 – etwa zwei Jahre dauerte.

Der Vater der Patientin, Oberarzt eines kleinstädtischen Spitals, war maßlos autoritär, geldgierig, jähzornig und schlug die Tochter brutal, als sie 16- bis 17-jährig war. Dennoch war er ihr Ideal. Die Mutter, eine Klavierlehrerin, mußte ihren Beruf auf Wunsch des Mannes aufgeben und lebte masochistisch-passiv unter der Tyrannei des Gatten, oft in Depression und Gram. Sie frönte der Putzsucht genau wie ihre ältere Tochter, die sie bevorzugte. Die um drei Jahre ältere Schwester war sehr schön, zur Zeit der Analyse bereits geschieden. Unsere Patientin fühlte sich trotz der Brutalität des Vaters von ihm bevorzugt, suchte aber stets die Liebe der Mutter. Patientin war ein schwererziehbares Kind und machte schon zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr zu Hause wie auf der Straße hysterisch-theatralische Szenen. Sie warf sich zu Boden, schlug mit Händen und Füßen um sich, zerriß ihren Jupe und den Rock des Kinderfräuleins und schrie fürchterlich. Sie war nicht bei sich, und man dachte an Epilepsie. Auf Rat der Kinderschwester wurde sie jeweils mit kaltem Wasser begossen, worauf sie zu sich kam. Diese hysteriformen Anfälle dauerten bis zur Pubertät (12 Jahre). Als die ältere Schwester anfang, mit Jungen zu gehen, verachtete sie sie, gab sie bei den Eltern an und wurde eine Moralpredigerin. Mit 14 Jahren kam sie in ein Internat im Welschland. Dort begann sie kleine, Kinder und Tiere *sadistisch* zu quälen und zu schlagen. Sie entwickelte hier auch eine schwere *Sprachphobie* – obwohl sie die französische Sprache gut beherrschte, isolierte und sperrte sich in ihrem Zimmer ab und *drohte mit Selbstmord*. Zu dieser Zeit träumte sie oft, daß sie als Tierbändigerin Tiere schlug, in Kinderheimen Kinder quäle und bestrafe. Allmählich wuchs die Sprachhemmung so sehr, daß sie sich mit niemanden mehr in Gespräche einzulassen traute. Sie bekam heftige Schweißausbrüche und errötete, wenn sie nur einen Jungen sah. Sie wurde mißtrauisch und mied die Gesellschaft. Die Patientin wußte schon damals, wie stark in ihr die erotische, hingebende, sadomasochistische Lust und die gewalttätige Leidenschaft kochte, aber sie verdrängte beide. Dazu gesellten sich noch *Selbstentwertungstendenzen*: sie ist dick, häßlich, ihre Nase ist schief (später ließ sie die Nase kosmetisch operieren), ihre Augen zu klein, sie ist dumm. So wurde sie in der Pubertät zu einem mißtrauischen, gehemmten, angstbeladenen, sich verachtenden, früh-alternden Menschen. Man zwang sie, in die Tanzstunde zu gehen, wo sie aber in panischer Angst, betrübt und mit eiskalten Händen saß, in der Erwartung, ob man sie zum Tanz auffordern würde, was dann meistens ausblieb. Sie fing an, die Erfolge der Schwester und der anderen Kameradinnen bei den Jungen zu analysieren und stellte ihre unmögliche Haltung zu den Männern und zur Welt fest. Sie wollte sich ins Kloster zurückziehen und Nonne werden. Inzwischen hatte die Schwester, mit der sie bis dahin ein gemeinsames Schlafzimmer teilte, geheiratet, und sie fühlte sich endlos verlassen. Mit 15½ Jahren kam sie auf die Idee, daß nur der Schwager sie aus ihrer Lage erlösen könne, und provozierte ein sexuelles Verhältnis mit ihm. Die Beziehung war stürmisch, trug aber eine pathologische sadomasochistische Note. Die Zärtlichkeiten waren perverser Natur und – wie sich später herausstellte – erfolgte die Defloration nur partiell. Als sie hernach sah, daß der Schwager sie nicht mehr liebte, nahm sie Rache. Sie log dem Vater vor, daß der Schwager sie vergewaltigt hätte, daß er die Schwester und die Eltern hasse. So erreichte sie die Scheidung. Die Schwester zog wieder in das gemeinsame Schlafzimmer zurück, und äußerlich war alles wieder so wie einst. Innerlich fand sie aber den Weg zur Schwester nicht mehr zurück.

Sie wurde unecht, eine Heuchlerin nach außen, nach innen versank sie in Wachträumereien (*Entfremdungen*). Zwei Beispiele zu den Träumereien: «Es ist Krieg. Ein Ägypter will mich in Besitz nehmen und – um dies zu erreichen – droht er mir, er werde meine ganze Familie ausrotten. Ich stelle mich heldenhaft gegen den Mann und fordere ihn auf, auf mich zu schießen.» Oder: «Ich bin im Palast eines sehr reichen Pharaos, der mich in der Wüste fand und vom Tod rettete. Ich stehe vor der Wahl: entweder zu sterben oder mich ihm hinzugeben. Ich kann mich nicht entschließen und frage mich: Was würden Sie (der Analytiker) wohl mir empfehlen? Ich überrede den Pharaos, er solle für Sie ein Flugzeug schicken. Er tat es. Sie werden majestätisch empfangen, ich aber muß aufpassen, daß der Pharaos nicht merkt, wie ich für Sie schwärme . . .»

So phantasiert sie tagaus, tagein. Diese Tagträumereien machen aber nur eine Form der Entfremdungen aus. Es kam vor, daß sie auf der Straße nur eine Leere vor sich sah und nicht weitergehen konnte. Einmal hatte sie das Gefühl, sie gehe nicht auf der Erde, sondern über der Erde schwebend und fühlte die Macht Gottes. Oder: «Ich weiß nicht, wo ich bin, was um mich geschieht, habe plötzlich alles vergessen. Und dann – ich weiß nicht wie – klärt sich alles wieder auf.»

Ihre Beziehungen zu Männern, die sie liebte, wurde wieder sadistisch, quälereisch. In der Phantasie will sich ihr Geliebter nach langen Quälereien erschießen, sie gibt ihm nach und wird dann von ihm geschlagen. Die Schläge erhöhen ihre Lust. Sie will aber nur diese Vorlust, was danach kommt, interessiert sie nicht.

In der Analyse entdeckte sie allmählich, daß sie die Männer sadistisch quälen muß, weil sie im Grunde nur Frauen liebt. Aus ihren Einfällen ergibt sich, daß sie vom zehnten Jahr ab nur von der Weichheit des weiblichen Körpers angezogen wurde, daß sie mit einer Cousine und mehreren Freundinnen nachts erotisch angeregt im Bett zusammenlag und auch vor der Ehe der Schwester oft mit ihr im Bett lag und sie – wie ein Mann – zu besitzen gewünscht hatte. Sie fing an, offen von ihrer lesbischen Liebe zur Schwester zu sprechen. Allmählich wurde ihr bewußt, daß sie nur deshalb mit dem Schwager ein Verhältnis pflegte, damit sie die Ehe der Schwester unmöglich mache und sie wieder zu ihr zurückkehre.

Zur Zeit der Ehe der Schwester überwältigte sie ein Gefühl des Alleinseins, der Verlassenheit und Unbefriedigtheit, und sie begann maßlos zu trinken (Rum, Cognac, Barack usw.) und zu essen. Meistens wurde sie zur Nachtzeit von den Eßanfällen ergriffen. Patientin war imstande, zwei Gläser Konfitüre, fünf Butterbrote, ein Pfund Teegebäck, mehrere Eier, Kuchen in einer Nacht zu verschlingen. Sie bemerkte, daß sie im Essen so lange nicht Halt machen könne, bis sie sich erbricht. Bei einem nächtlichen Eßanfall hat sie einmal eine Torte für zwölf Personen allein einverleibt. Am Tag ging sie häufig von einer Konditorei in die andere und aß überall fünf bis zehn Stück Patisserie, bis ihr dann schlecht wurde. Inzwischen wurde sie maßlos dick und versuchte, sich von ihrer Last mit einer Unmenge von Abführmitteln, Entfettungstabletten, Klistieren und mit Erbrechen – durch Einführung eines Schlauches durch den Mund – zu befreien. Diese Entleerungszeremonien bereiteten ihr eine wahre Lust. Sie wählte sich in diesem aufgeblasenen Zustand schwanger. Die Einläufe brachten ihr so große anale Befriedigungen, daß sie die Klistiere mit Gewalt aus dem Schrank der Mutter herausnahm, als diese sie verspernte.

Die Analyse deckte ihr auf, daß diese Eß- und Trinkanfälle Ersatzhandlungen

für die in der Nacht vermißte Schwester waren. Ja noch mehr: die Liebe zur Schwester war auch nur ein Ersatz für die veruntreute Liebe der Mutter, die sie nur drei Monate gestillt hatte und ihre Liebe ausschließlich der Schwester gab. Somit mußte die Patientin sich bewußtmachen, daß sie den Schwager an Stelle der Schwester und die Schwester statt der Mutter geliebt hatte. Ihre lesbische Liebe entstand durch die invertierte Identifizierung mit dem Vater. Darum wollte sie ein Mann werden, und dieser Wunsch erreichte sein Höchstmaß darin, daß sie mit 18 Jahren das Menstruieren einstellte. Sie wollte keine Frau sein. Ihre sadistische Einstellung zu den Männern war die Folge eines Penisneides.

Während dieses inneren Kampfes war sie unfähig, in der Sprachschule, die sie nach der Matura besuchte, ihre Pflichten zu erfüllen. Sie schwänzte die Schule und besuchte Konditoreien. Zu Hause stahl sie vom Vater Geld – oft 150 bis 200 Pengö –, um ihre Trunk- und Eßanfälle finanzieren zu können. Sie wurde verlogen und lebte entfremdet von der Realität nur in ihren Wachträumereien, Trunk- und Eßbräuschen.

Ihre Lage zu Hause wurde auch dadurch immer schwieriger, daß die Schwester sie nach der Scheidung grob behandelte, sie ständig erniedrigte und ihr ihre Häßlichkeit und Dickheit vorwarf. Dies erhöhte nur ihre masochistisch-selbstdestruktiven Tendenzen. Inzwischen begann sie ein Verhältnis mit einem jungen Arzt zu pflegen, der – wie sie selber – ein Sadist war und sie ständig mit seinen Beziehungen zu anderen Mädchen quälte. Unsere Patientin quälte ihn wieder damit, daß sie nur zu extragenitalen Liebeleien bereit war. Sie verheimlichte vor ihm ihre Beziehung zum Schwager und stellte sich als virgo intacta dar. Neben dem Quälgeist hatte sie durch dieses Benehmen noch ein geheimes Triebziel verfolgt: den coitus per anum, was sie auch erreichte. Die Beziehung mit dem Arzt nahm denselben Weg wie die mit dem Schwager, den Kampf um die Macht über den anderen. War der Partner mächtiger als sie, so genoß sie den Masochismus. Dann aber ergriff sie die Macht und quälte den Partner zu Tode. Endlich aber gab sie sich ihm völlig hin, und da kam die Katastrophe. Einerseits fing sie an, sich zu entwerten, glaubte, daß sie erst von jetzt an seine «Geliebte» sei und machte sich über ihre verlorene Virginität Sorgen. Ich ließ sie gynäkologisch untersuchen. Die Diagnose lautete: «Patientin sei zwar eine virgo, aber der hymenale Ring ist sehr breit. Trotz dem Koitus ist sie immer noch anatomisch als Jungfrau zu betrachten.» Der Freund aber glaubte ihr nicht, machte andernorts Nachforschungen über ihre Vergangenheit und bekam die Nachricht, daß sie mit ihrem Schwager ein langes Verhältnis gepflegt hatte. Darauf machte er ihr schwere Vorwürfe, nannte sie Hure, Betrügerin. Sie weinte hysterisch, wollte seine Frau werden. Er rannte weg. Sie schrie ihm nach, daß sie sich das Leben nehmen werde und bestärkte dies sogar mit ihrem Schwur. Sie blieb allein. In einem benebelten Zustand streifte sie ziellos durch die Straßen herum, trank dann in einer Bar Wein und verschluckte 40 Tabletten Aspirin. Darauf rief sie mich spät in der Nacht telephonisch an und teilte mir ihren Selbstmord mit. Ich ging sofort zu ihr. Die Bar war ganz in der Nähe meiner Wohnung, und sie wartete vor der Bar auf mich. Ich brachte sie in ein Sanatorium, ließ den Magen ausspülen und übergab sie der ärztlichen Betreuung.

Dies geschah nach der 102. analytischen Stunde. Nach dem Selbstmordversuch wird die Patientin gehemmt, phobisch, traut sich nicht auf die Straße zu gehen, weint viel – und will ein neues Leben beginnen. Sie will keine «Geliebte» sein, die Sexualität befriedigt sie nicht, sie sucht eine seelische Verbindung. Die

Sexualität hat sie überschwemmt, war für sie wie der Rausch beim Trinken und Essen und treibt sie in den Tod. Der geliebte Arzt mußte einrücken, und sie phantasiert, er werde verwundet, und sie betreue ihn als Krankenschwester. Oft weinte sie jetzt hysterisch und sagte, er enttäuschte sie, weil er sie nie vergewaltigt hätte. Sie suche nur die Gewalt. Kurz nach dem Selbstmordversuch änderte sich das klinische Bild: *an Stelle der hysterischen Anfälle traten organoneurotische Magen- und Herzbeschwerden* auf. Auch kam wieder die Eßsucht. Sie will sich nicht verändern und kein angepaßtes Leben führen. Ist wütend auf mich, weil ich immer noch hoffe... Oft träumt sie noch vom Geliebten, macht das Geständnis, daß sie sich nur aus Eifersucht töten wollte. Freut sich, daß Krieg ist.

Nach dieser ersten Phase der Analyse – in der 156. Stunde – entschlief ich mich, das Material und die Geschehnisse bis zum Selbstmordversuch mit der Patientin zum erstenmal gründlich durchzuarbeiten. Es stellt sich folgender Prozeß klar heraus: Ihre Problematik ist die veruntreute Liebe der Mutter zu ihr. Sie wurde kurze Zeit, kaum drei Monate lang, gestillt, ist aber triebmäßig so oral verfaßt, daß sie die unbefriedigte Oralität nun neurotisiert hat: in Form von Eß- und Trunksucht, die nur eine Prothese für die Mutterliebe sind. Die Dualunion wurde also früh gestört, und dies verursachte ihre heutigen Bindungsstörungen mit Männern. Sie sucht immer noch die Liebe der Mutter, sowohl zu Hause bei ihr und der Schwester wie auch bei der Cousine, die lesbisch ist, und anderen Freundinnen. Daher die lesbische Art ihrer Freundschaften. Auch bei den Männern sucht sie die Mutter, d. h. die Frau im Mann. Sie ist aber nicht rein homosexuell, sondern bisexuell, und ihr Schicksal könnte nur auf die Weise gelöst werden, daß sie *ihre Männlichkeit im Beruf, ihre Weiblichkeit in einer Ehe zu befriedigen versuchte*. Ich verließ somit in der 156. Stunde den direkten Weg der Passivität und riet ihr aktive Berufe, unter denen sie selber wählen könnte. Die Psychoanalyse wurde zur Schicksalsanalyse. Es müssen – so sagte ich – dualunionistische Berufe sein, z. B. Kindergärtnerin, Kinderpsychologin, eventuell Arztgehilfin.

Nach dieser Stunde fühlte sich die Patientin wie verändert. Sie will Kinderpsychologin werden und beginnt bald darauf, sowohl Fachkurse aus dem Gebiete der Kinderpsychologie zu besuchen wie auch ein Praktikum in einem Heilpädagogischen Sanatorium anzufangen. Dies war nach der 166. Stunde.

Etwa vier Monate verweilte die Patientin im Kindersanatorium. Man erlaubte ihr hier, die Kinder zu testen, mit den Eltern zu sprechen, Beobachtungen zu machen und diese der Chefärztin schriftlich zu überreichen. Hier erlebte sie die Glanzperiode ihres Daseins. Nach etwa zwei Monaten beginnen dennoch die hysteriformen Symptome wieder. Sie machte Szenen, weil man sie im Essen beschränken wollte, machte Schulden beim Personal und begann wieder, sich über den Magen zu beklagen, glaubte, sie leide an Magenkrebs und hegte Angst, sie würde bald sterben. Prompt bleibt die Menstruation aus. Während dieser Zeit kam sie regelmäßig in die Stunden und führte ihren Rückfall auf drei Ergebnisse zurück. Erstens verliebte sich ein fast gleichaltriges Mädchen im Sanatorium in sie, die nachts zu ihr ins Bett kroch, wo sie sich leidenschaftlich küßten und umarmten. Zweitens lief parallel mit dieser lesbischen Liebe eine heterosexuelle Schwärmerie für den etwa 20jährigen Sohn der Chefärztin. Diese Liebe unterdrückte sie aber und litt schwer darunter. Drittens ängstigte sie sich maßlos wegen der Mutter, da Budapest damals häufig bombardiert wurde. Neben den hypochondrischen

und organoneurotischen Symptomen meldeten sich noch hysterische wie Zittern, Sich-verbergen-Wollen, Jucken der Haut. Auch die alten Szenen mit Mutter und Schwester kehrten zurück, sobald sie nur auf einige Stunden zu Hause weilte. Nach vier Monaten verließ sie das Kindersanatorium und begann, eine «Schule für kleine Mütter» zu besuchen, mit einem Praktikum im städtischen Säuglingsheim. Hier traten ihre paranoiden, sensitiven Beziehungsängste und Minderwertigkeitsgefühle in extremer Weise auf. Zu Hause litt sie auch unter der Tyrannei der Schwester. *Sobald die lesbische Liebe aufgehört hatte, kehrte die Menstruation zurück.* Sie will nun selber Kinder haben. Neben der «Schule für kleine Mütter» besuchte sie noch einen Kurs für Maschinenschreiben. Sie wollte arbeiten, um «jemand» zu werden. Die paranoiden Beziehungsideen störten sie aber dermaßen, daß sie beide Kurse zu schwänzen begann. Die Stunden füllte sie mit monotonem Jammern und Klagen aus, meistens darüber, daß sie von der Mutter nicht geliebt werde. Sie konnte ohne die Mutter und Schwester nicht leben, rief sie ins Badezimmer, wenn sie badete, wollte überhaupt ununterbrochen mit ihnen zusammensein. Sie muß den Frauen gefallen, sonst ist sie unglücklich, sie muß sie streicheln, küssen und bestrafen sie, wenn sie sich mit anderen abgeben. Plötzlich fiel ihr ein, daß sie schon mit 13 Jahren den zukünftigen Mann ihres Kinderfräuleins verführen wollte, weil sie in das Fräulein verliebt war. Sie schloß selber daraus, daß sie später dasselbe *wiederholte*, als sie der Schwester den Schwager wegnahm. Es meldeten sich wieder Selbstmordgedanken, auf die sie aber meinetwegen verzichtete. Eine Schwierigkeit dieser Analyse bestand darin, daß alle ihre Träume zu primitive Wunscherfüllungen sexueller Natur waren, als daß sie dazu etwas assoziieren konnte. Traum- und Wachwelt waren gleich.

Von der 121. Stunde an war das Hauptthema der Analyse die *Übertragung*. Sie begann, mir Eifersuchtszenen zu machen, weil sie erfuhr, daß ich die Nichte meiner Frau – die sie gut kannte und haßte – im Sanatorium nach einer Operation besucht hatte. Sie sprach offen von ihrer Liebe zu mir wie von ihrem Wunsch, ich sollte mich scheiden lassen und sie heiraten. Sodann kritisierte sie mich, weil ich mich in den Stunden in meinen Gefühlen von ihr distanzierte. Die Übertragung wurde zum massiven Widerstand. Sie erkrankte an einer Herzmuskelentzündung, mußte in einem Sanatorium liegen, und die Analyse sistierte etwa drei Monate lang. Kaum durfte sie aufstehen, so verliebte sie sich in einen Mitpatienten, einen Schauspieler. Als sie ihn endlich kennenlernte, rückten die Sprachphobie, das Entfremdungsgefühl, die Eßanfälle, kurz: die vollständige hysterische Szenerie der unterdrückten Liebesansprüche wieder in den Vordergrund. Als wir die Stunden wieder aufnahmen, kehrten ihre Liebeserklärungen an den Analytiker zurück. Nachdem wir die *Übertragungswiderstände* in den 190. bis 192. Stunden durchgearbeitet hatten, begannen die Entfremdungszustände von neuem. Sie sieht und hört nicht auf der Straße, geht auf der Treppe wie eine Nachtwandlerin. Auch die nächtlichen Eßanfälle kommen wieder. Sie teilte mir mit, daß sie auf den Beruf einer Kinderpsychologin endgültig verzichtet habe. Auch sprach sie über die Schwester, die sexuell genau so haltlos wie sie selber war, aber – wie die Mutter – mit einem Putzzwang reagierte. Ihre Mutter war todunglücklich, daß ihre beiden Töchter «Huren» wurden. In dieser Zeit begann die Patientin quasi analytische nächtliche Gespräche über lesbische Liebe mit der Schwester und war der Ansicht, die Schwester hätte auch eine Analyse nötig. Sie sprachen auch von Inzest-



liebe, und Patientin bekam stets Herzklopfen, wenn die Liebe zwischen Geschwistern das Thema war. Nun erschienen Phänomene der gemilderten Selbstsabotage: Die Patientin verletzte sich an der Stirne, wühlte mit einer Nagelfeile in der Wunde herum. Tagelang konnte sie deswegen nicht auf die Straße gehen. Inzwischen erkrankte der Vater an einem schweren Prostataleiden. Sie dachte viel an die Möglichkeit, daß er sterben könnte und begann, ihren Finger zwanghaft zu kauen, die Nagelhaut abzubeißen. Die Eßanfälle und das Geldstehlen wurden häufiger; sie nahm immer mehr Abmagerungspillen ein. Dann starb der Vater. Dies geschah zur Zeit der 213. Stunde. Patientin reagierte auf den Tod des Vaters mit Schwächeanfällen. Als sie wahrnahm, daß er gestorben war, bekam sie – nach drei Monate dauernden Amenorrhoe – die Menstruation wieder zurück. Daheim übernahm die Schwester die Rolle des Vaters. Sie war zur Patientin derb, und diese jammerte und weinte ständig. Alles sei ziellos geworden, sie sehe, wie wertlos sie sei.

In den nachfolgenden Stunden zerlegten wir den Charakter des Vaters. Patientin wählte die guten Eigenschaften des Verstorbenen aus. Die Trauerarbeit und die Introjektion des Vaters wurde somit unter Kontrolle durchgeführt. Wie erfolgreich diese Arbeit war, bewies uns erst die Katamnese. Im Mai 1943 erschien der Sohn der väterlichen Tante, und sie verliebte sich sofort in ihn. Sie wurde eifersüchtig, wenn dieser sich mit der Schwester beschäftigte, und vergaß allmählich den Verlust des Vaters. Der Streit mit Mutter und Schwester kehrte aber in der alten Form zurück, und nur zur Zeit der völligen Verlassenheit dachte sie wieder an den Vater. Die Übertragungsproblematik aktualisierte sich wieder, aber ohne Widerstände. Patientin war voll mit Plänen, fühlte ihre Kräfte wachsen. Die Berufswahl beschäftigte sie wieder. Kurz darauf erschienen dennoch die Eßanfälle. Die Familie schickte Patientin aufs Land zu einer Tante. – Die Analyse wurde am 20. Oktober 1943 wieder aufgenommen. Sie war froh, daß sie schon ohne Analyse leben konnte, obwohl sie unter Beklemmungen und Todesängsten viel gelitten hatte. Sie glaubte, sie sei schon über den Berg.

Und – wie immer, wenn sie sich gestärkt und lebensfähig oben angekommen gefühlt hatte, machte ihr das Schicksal einen Strich durch die Rechnung. Diesmal aber war der Strich massiv und fast tragisch. Es kam wie folgt: Die Schwester fand endlich einen zweiten Mann, der sie heiraten wollte. Dies paßte der Patientin nicht. Je ernster sie sich von der Gefahr einer Ehe der Schwester bedroht fühlte, um so heftiger und unerträglicher wurden die Szenen zu Hause. Nun, eines Tages erwartete die Schwester den Besuch des Bräutigams. Die Probandin bekam prompt ihren Eßanfall. Sie hatte sich an diesem Tage 12 Stück Patisserie, 4 kalte Fleischschnitzel, 5 Glas Wasser, ferner Tee, Kaffee, 1 Kilo Konfitüre einverleibt, wurde maßlos aufgeblasen «wie eine gravide Frau im neunten Monat» und fing an, wegen Magenspülen nach einem Arzt zu schreien. Man rief die Cousine, die Ärztin war. Diese aber wollte ihr weder ein Brechmittel geben noch den Magen ausspülen. Darauf versuchte die Patientin auszureißen. Und da kommt die Tücke des Schicksals. Im Treppenhaus erschien soeben der Bräutigam, als sie die Wohnung verlassen wollte. Unsere Patientin warf sich zu Boden, schlug mit Füßen und Händen um sich, biß die Angehörigen und schrie, sie wolle sich das Leben nehmen. Die Mutter wurde von der Angst ergriffen, daß die Patientin mit diesem Anfall die Heirat der älteren Schwester zunichte machen könnte, sie rief den Haus-

arzt, dieser einen Psychiater und so wurde sie interniert. Dies erfuhr ich erst, als die Patientin mich aus der Anstalt telephonisch anrief. Ich beruhigte sie, daß ich alle Schritte tun würde, sie herauszuholen. Kurz darauf ist sie aber ausgerissen und kam zu mir. Dies war die 240. und letzte Stunde dieser äußerst stürmischen Analyse, deren Ergebnisse ich kurz zusammenfaßte. Teilte ihr mit, daß die Anstaltsdiagnose auf *Schizomanie* gestellt wurde. Ich wäre anderer Meinung. Sie sei eine schwere Hysterikerin. Sie wurde es, teils aus Umwelts-, teils aus konstitutionellen, familiären Gründen. Persönlich ist sie in der Liebe der Mutter zu kurz gekommen. Dann übertrug sie diese veruntreute Liebe auf die Schwester, verdrängte aber die lesbischen Ansprüche. Die Art ihrer Reaktion auf die Verdrängung dieser Liebe war familiär vorgebahnt. Ihr «Muster und Figur», das sie wiederholte, war der mütterliche Onkel: ein *hysteriformer, arbeitsscheuer, asozialer, afamiliärer Mann, der – genau so wie die Patientin – die Familie bestohlen hat, sexuell haltlos, vermutlich bisexuell gewesen ist, getrunken hat und schlußendlich Unterschlagungen beging. Auf der anderen Seite aber steht der arbeitsame Vater mit seiner tüchtigen Familie.* Er hilft allen Menschen, sorgt für die Familie und opfert sich für sie auf. Nun, sie weiß jetzt Bescheid, warum sie mit ihren hysterischen Szenen die Ehe der Schwester zerschlagen wollte. Es hat keinen Sinn, die Analyse fortzusetzen, sie hat sich bereits alles bewußt gemacht. Es fehlt ihr aber die reifere Stellungnahme. Ich hoffe, daß die Internierung diese nötige Reife beschleunigen wird. *Jetzt muß sie zwischen dem Irrenhaus und einem heilenden Beruf als Arztgehilfin wählen.* Worauf die Patientin folgende Schlußworte äußerte: «Vorher hatte ich meinen Fall als einen einmaligen, großen Fall erachtet. Jetzt nicht mehr. Sie haben in der Tat alles getan, um mich zu heilen. Ich kenne mein Leiden und weiß auch, warum ich leide. Ich erinnere mich gut an Ihre Worte. Sie sagten mir oft: Ich werde einmal mein eigenes Schicksal lenken können. Erst jetzt weiß ich, daß Sie recht haben.» (Siehe Abb. 20 a und b)

Abb. 20 a und 20 b stellen die Wandlungen der Existenzformen während der analytischen Psychotherapie graphisch dar. Vom I. bis zum VI. Abschnitt dominieren zwei Existenzformen: die *sexuelle Inversion* im Hintergrund und die *Hysterie* im Vordergrund. Vom Abschnitt VII verschwinden beide fast völlig, und an ihrer Stelle drängen sich die Somatisierung (Hypochondrie) und das Gewissen (Epi-paroxysmal) nach vorne. Im letzten (X.) Abschnitt ziehen sich auch diese zurück, und die Patientin wird depressiv.

*Katamnese:* Im Dezember 1943 wurde die Analyse abgebrochen. Damals kamen die kritischen Zeiten für Budapest. Bald mußte ich Ungarn verlassen und hörte bis 1959 nichts über das Schicksal der Patientin. *Nach 16 Jahren* besuchte sie mich in Zürich und teilte mir folgendes mit: Nach der Belagerung von Budapest durch die Russen, begann sie, meinem Rat entsprechend, einen Kurs für Arzt- bzw. Zahnarztgehilfinnen. Hier lernte sie den Arzt kennen, den sie in ihren Wunschräumen immer suchte. Sie wurde seine Frau und arbeitet mit ihm in einer zahnärztlichen Poliklinik wie auch in seiner Privatpraxis. Die ganztägige Arbeit befriedigt sie völlig. Sie ist vollständig gesund und glücklich.

Somit hat die Patientin meine damaligen Hoffnungen verwirklicht, als Arztgehilfin jene Dualunion im Beruf sozialisieren zu können, deren Unbefriedigtheit sie einst krank machte. Sie tat aber noch mehr. Einst bildete sie in ihrer Krankheit oralsadistische Symptome. Für das oralsadistische Bedürfnis ist es ihr nun gelungen, das adäquate Arbeitsobjekt zu finden: den Mund und die Zähne.

- Existenzform
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.

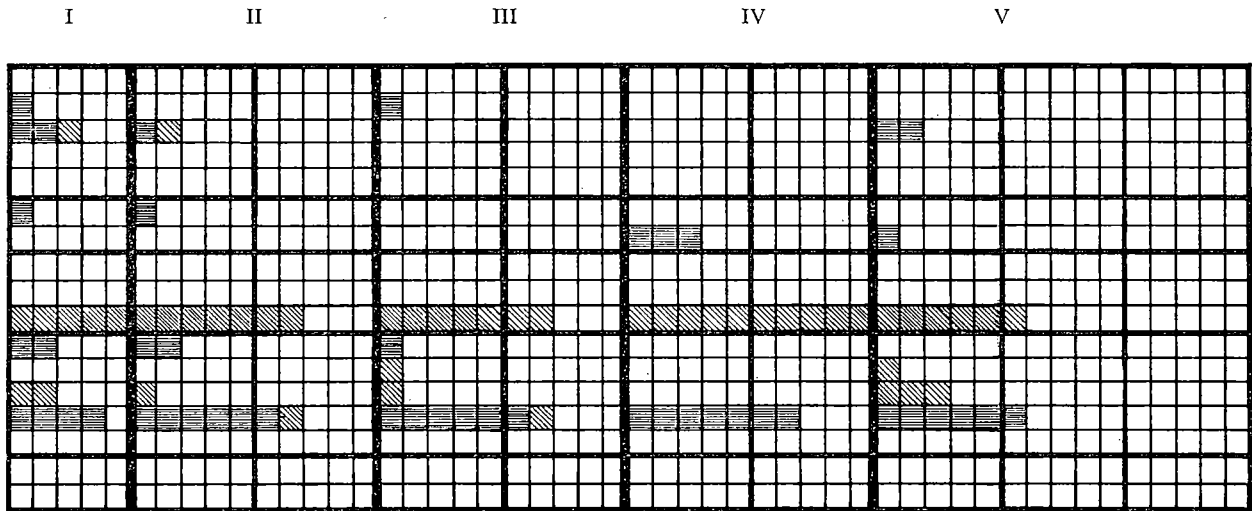


Abb. 20a Fall 39

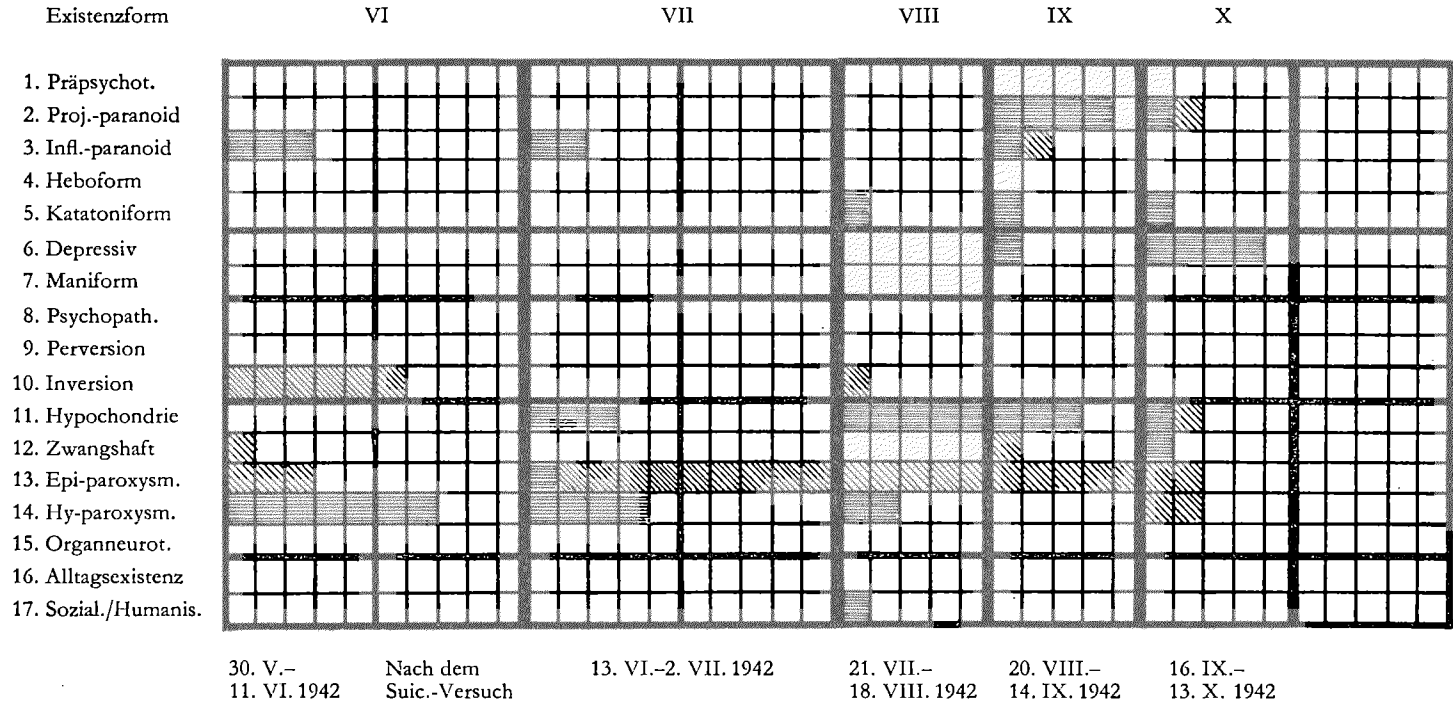


Abb. 20b Fall 39

Der Fall stellt ein Paradigma für folgende zwei Behauptungen der Psychoanalyse und der Schicksalsanalyse zur Hysteriefrage dar:

Erstens, daß die Hysterie ein Fehlschicksal ist, welches als Folge der nicht befriedigten zarten, konstitutionell überstarken erotischen Affekte im Rahmen des Paroxysmaltriebes zustande kommt.

Zweitens bildet die Hysterie eine Krankheitseinheit, in deren Rahmen die besondere sekundäre Spaltung des Ichs die jeweilige Erscheinungsform bestimmt.

1. Die Aufstauung von erotischen Affekten führte auch in diesem Fall zu Beklemmungen, Panik und Phobie (paroxysmale Phase).

2. Durch die Entladung der Affekte entstanden bei ihr vom 4. bis zum 23. Lebensjahr die hysterischen Anfälle, die Szenen (Anfallsphase).

3. Die konsekutive Spaltung der Ich-Funktionen kann die Wahrnehmungswelt, die Introjektion, partiell oder total ausschalten. Die Folge davon ist *die Entfremdung* mit Konversionen und Tagträumereien.

4. Die nach dem Ausfall der Introjektion zurückgebliebenen drei Ich-Funktionen bedingen die Symptome:

a) Die *Negation* bestimmt Destruktionen, Selbstsabotagen und Selbstmordversuche.

b) Die *Projektion* erscheint als Minderwertigkeitsgefühl und paranoid-sensitive Beziehungsangst, ferner als Organneurose.

c) Die *Inflation* bedingt die Erotomanie, die Bisexualität und die Zweiheit der Persönlichkeit. Die sprunghaften Wandlungen der Person fußen auf dem überstarken Paroxysmaltrieb (siehe Abb. 20 a und 20 b).

5. Wenn die Introjektion auf dem Wege der Sozialisierung im Beruf wieder eingeschaltet wird, entsteht zwar das *Berufs-Ich*, weist aber des öfteren die Züge eines «hysterischen Charakters» auf (Phase der Wiedergutmachung).

Die Regression auf die oralsadistische prägenitale Phase manifestiert sich – wie in dem erörterten Fall – meistens als Eß- und Trunksucht. Die Sucht gehört aber pathogenetisch nicht streng zum Bild der Hysterie, sondern ist eine Krankheitsform des Kontakttriebes.

## Kapitel XXXII

# KRITISCHE BETRACHTUNGEN ZUM WESEN UND ZUR PSYCHOTHERAPIE DER ORGANNEUROSE UND HYPOCHONDRIE IM RAHMEN DER PSYCHOSOMATIK

Spricht heute jemand von einer Organneurose, so denkt der andere sofort an Psychosomatik. Dies kommt daher, daß seit Mitte des 20. Jahrhunderts die Denkungsart in der Medizin durch die Psychosomatik geprägt wurde. Man kann einfach nicht mehr anders denken.

Man könnte glauben, daß die Wortprägung «psychosomatisch» erst in unserem Jahrhundert erfunden wäre. Dem ist aber nicht so. Das Wort «psychosomatisch» hat bereits vor 140 Jahren der Ordinarius der «psychischen Medizin» in Leipzig, J. CHR. AUGUST HEINROTH, in seinem «Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens» (Leipzig, 1818) zum erstenmal gebraucht<sup>1</sup>. Zum zweitenmal erscheint es erst 1902 bei OTTOMAR ROSENBACH, um dann 1939 als «psychosomatische Medizin» durch F. ALEXANDER, TH. M. FRENCH und ihre Schule in Chicago die Welt der Medizin zu erobern.

Welche Tendenzen spielten hier die ausschlaggebende Rolle? Wir heben unter vielen anderen nur die folgenden vier Strebungen hervor:

- I. Die Expansionstendenz der Psychoanalyse.
- II. Die soziale Tendenz.
- III. Das Streben nach einer allumfassenden Medizin.
- IV. Die Tendenz, das Denken in der Medizin auch weltanschaulich zu begründen.

I. Es ist allgemein bekannt, daß das Streben, das Anwendungsgebiet der Psychoanalyse zu erweitern, als der erste und wichtigste Faktor in der Verbreitung des psychosomatischen Denkens fungierte. Noch vor der Blütezeit der Psychosomatik haben ja vornehme Repräsentanten der ersten Garde FREUDS (ADLER, DEUTSCH, GRODDECK, FEDERN, FERENCZI, HOLLÓS, JELLIFE, SIMMEL usf.)<sup>2</sup> die psychoanalytische Therapie auch bei sogenannten «organischen» Erkrankungen angewendet, ohne aber von Psychosomatik zu reden. Die äußerst skeptische Stellungnahme S. FREUDS ist ebenfalls bekannt. Die warnende Haltung des Meisters gegen diese «gewagte» Erweiterung der Psychoanalyse fiel aber mit seinem Tode (1939) weg und im selben Jahr beginnt die gegenwärtig immer noch dauernde Diastole der psychosomatischen Medizin.

So kam es, daß die Schule F. ALEXANDERS als Motto ihrer Wirkung die These in der Welt verbreiten konnte, *daß jede Krankheit de facto psychosomatisch sei*<sup>3</sup>. Unter dieser Flagge wird sogar behauptet, daß von einer psychosomatischen Richtung in der Medizin zu sprechen falsch ist, da ja doch *die ganze Medizin psychosomatisch sei*.

Obwohl die einengenden Kritiken nicht fehlten, nützten sie gegen den «Goldrausch» der Psychosomatik kaum etwas. Als Beispiel kann erwähnt werden, daß obwohl in Paris HENRY EY den Begriff der Psychosomatik als ein Wortspiel abgelehnt und dessen Wirkung mit «psychogenèse pur» einzudämmen versucht hat, die Psychosomatik unter Führung des Analytikers NACHT dennoch weiterblüht. So geschah es auch in anderen Ländern. Es ist gegenwärtig ein unmögliches Unterfangen, gegen die Besessenheit der Psychosomatiker zu kämpfen. Das Wort «Goldrausch» hat nämlich hier einen Doppelsinn. Es bedeutet erstens den Rausch, den die Entdeckung einer «Goldader» in der *wissenschaftlichen Forschung* mit sich gebracht hat. Dies zu leugnen, wäre töricht. Zum zweiten aber versteht man darunter auch den materiellen Rausch, der durch die grenzenlose Erweiterungsmög-

<sup>1</sup> LEIBBRAND, W., und WETTLEY, A.: Der Wahnsinn. Verlag K. Alber, Freiburg-München, 1961, S. 492 ff. und 665.

<sup>2</sup> STOKVIS, B.: Psychosomatik. Handb. der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, Bd. III, 1953, S. 435–506.

<sup>3</sup> ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin, 1939 und 1951. Psychosomatic medicine. New York, 1950.

lichkeit der psychoanalytischen Tätigkeit, im besonderen in den USA, die Besessenheit motiviert und gegenwärtig aufrecht erhält.

II. Neben der psychoanalytischen psychosomatischen Richtung läuft parallel auch eine andere, die sogenannte «*psychosoziale*» Richtung von JAMES L. HALLIDAY<sup>1</sup>, wobei nicht allein der affektiv-emotionelle, sondern auch der soziale Faktor in der Krankheitsentstehung hervorgehoben wird. So im besonderen bei Asthma bronchiale, Migräne, Allergie, Ulcus ventriculi und duodeni, Colitis ulcerosa, Obstipation, Diarrhöe, Hochdruck, vasovagalen Anfällen, Hyperthyreose, bestimmten Hauterkrankungen, Diabetes, Rheuma und Anorexia mentalis.

III. Das Streben nach einer *allumfassenden Medizin* ist zweifelsohne die ehrenhaftere Motivierung für die Ausdehnung der Psychosomatik. Sie beginnt mit dem Bestreben KURT GOLDSTEINS<sup>2</sup>, die ganzheitliche Reaktionsart des Menschen als eine psychophysische Totalität aufzufassen. Im Lichte dieser Betrachtung sind die einzelnen Krankheiten nicht mehr örtlich isolierte krankhafte Vorgänge, sondern sie werden als Störungen der Ganzheitskoordination somatischer Prozesse aufgefaßt. Die Fortsetzung dieser Bestrebung finden wir bei ERICH D. WITTKOWER<sup>3</sup>.

Dieser Autor versuchte zusammen mit KERR L. WITE und J. K. L. BROWNE, in Kanada eine sogenannte «komprehensive», d. h. eine allumfassende Medizin zu gründen. Diese Auffassung stellt den Menschen mit seiner Vererbung, Konstitution und Persönlichkeit in ein Feld hinein, in dem er den verschiedenen physiologischen, chemischen, bakteriellen, psychologischen, sozialen, kulturellen Einflüssen ausgesetzt ist. Er wird also mit einer «*field theory concepts*» umfassender (komprehensiver) betrachtet und erfaßt werden wie bisher. E. D. WITTKOWER will – im Gegensatz zu F. ALEXANDER und vielen anderen – den Terminus «psychosomatisch» nur in den Fällen anwenden, in denen der emotionelle (affektive) Faktor stets in Verbindung mit anderen eine Rolle spielt<sup>4</sup>. Er lehnt sich auch gegen den Gebrauch auf, die Konversionshysterie zu den psychosomatischen Erkrankungen zu zählen, wie es z. B. u. a. bei B. STOKVIS geschieht. Man darf der psychoanalytischen Psychosomatik die Tendenz nicht absprechen, daß sie den Aspekt des «rein Organischen» einzuengen und den des Psychischen auszudehnen versucht. Wir sind aber der Meinung, daß die Verfolgung der Libido- und Ich-Entwicklung immer noch eine zu schmale Basis für eine umfassende Medizin darstellt. Mit Recht betont B. STOKVIS, wie falsch es ist, wenn in der Psychosomatik das Psychische die Oberhand ergreift<sup>5</sup>. Denn durch den Primat des Psychischen wird das Prinzip einer «umfassenden» Medizin genau so geschädigt wie durch den des Somatischen. – Dabei kommt in der psychoanalytischen Psychosomatik noch ein Übel hinzu, nämlich die völlige Außerachtlassung der konstitutionellen und hereditären Faktoren, was sogar mit der Auffassung S. FREUDS im völligen Widerspruch steht<sup>6</sup>. FREUD hat bekanntlich 1937 behauptet, daß die konstitutionelle Triebstärke und die hereditären Ich-Veränderungen die Dauer der Analysen ins Unabschließbare verlängern können.

<sup>1</sup> HALLIDAY, JAMES, L.: Psychosocial medicine. London, 1948.

<sup>2</sup> GOLDSTEIN, K.: Der Aufbau des Organismus.

<sup>3</sup> WITTKOWER, E. D.: Psychosomatic medicine. Siehe REES, J.: Modern practice in psychological medicine. London, 1949.

<sup>4</sup> Zitiert nach STOKVIS, S., 436, 440, 451.

<sup>5</sup> STOKVIS, B.: Zitierte Arbeit.

<sup>6</sup> FREUD, S.: Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. Werke Bd. XVI, S. 64.

*Die schicksalsanalytische Richtung* hegt – ähnlich wie WITTKOWER – bereits seit 1937 die Meinung, daß die Psychosomatik auf rein psychoanalytischer Basis, ohne Inbetrachtziehung der Vererbung, der Weltanschauung und des Geistes, keine genügend umfassende Medizin sei. Sie führte, wie wir es in diesem Buch mehrmals hervorgehoben haben, den Begriff der «*Schicksalskrankheit*» ein und versteht unter Schicksal die Summe, die Garbe, aller vererbten und erworbenen Existenzmöglichkeiten, aus denen die Person ihr eigenes Schicksal – ob krank oder gesund – frei zu wählen vermag.

Die comprehensive Tendenz in der Schicksalsanalyse besteht darin, daß nach ihrem Strukturschema (siehe Kapitel III) jede Existenz das Produkt von sechs aufbauenden Schicksalsfaktoren darstellt: 1. das Erbe, 2. die Triebe (inbegriffen die Sexual-, Affekt-, Ich- und Kontakttriebe), 3. die soziale Umwelt, 4. die weltanschauliche, mentale Umwelt, 5. das Ich und 6. der Geist. Es ist nicht zu leugnen, wie mühsam diese umfassende Arbeit in der Tat ist, nämlich bei jeder Existenzform in der Behandlung die erwähnten sechs Schicksalsfaktoren der Reihe nach zu eruieren, den Patienten damit zu konfrontieren und sie mit ihm durchzuarbeiten und schlußendlich die gegenwärtig gelebte Existenzform mit den latenten andersartigen Existenzmöglichkeiten auf der Couch vergleichen zu lassen. Aber es lohnt sich. Denn nur durch eine so umfassende Bearbeitung aller Existenzformen wird der Patient in die Lage gesetzt, alle seine Schicksalsmöglichkeiten zu erkennen, sie zu prüfen und die schwere Arbeit der Vertauschung der Existenzen selber aus freiem Willen zu verwirklichen.

Vom Aspekt des so aufgefaßten Schicksals her gesehen, hat es somit nicht viel Sinn von Psychosomatik zu reden. *Denn der Begriff des Schicksals als die Summe aller vertauschbaren Existenzmöglichkeiten ist ja weit umfassender als der von Somatischem und Psychischem.* Der Schicksalsbegriff umfaßt eben nicht nur das Somatische (als Erb- und Triebchicksal) und das Psychische (als Ich-Schicksal), sondern auch das soziale und mentale, d. h. weltanschauliche Denkschicksal und noch dazu das geistige Schicksal der Person. Andererseits ist unser Schicksalsbegriff kein fataler Determinationsbegriff, da in ihm durch die Verbindung des Ichs zum Geist neben dem Zwang auch die Wahlfreiheit der Existenzform enthalten ist.

IV. *Der weltanschauliche Faktor.* Es ist ein Verdienst B. STOKVIS', daß er auf die Wirkung der verschiedenen Weltanschauungen und Weltbilder der Autoren, auf die Entstehungsart «ihrer Psychosomatik» eindrucksvoll hingewiesen hat<sup>1</sup>. Ausgehend von den drei Arten der Weltbilder des Menschen nach K. JASPERS, versuchte B. STOKVIS diesen drei Typen die entsprechende Psychosomatik zuzuweisen.

1. Für den *homo reagens* ist die PAWLOWSche Psychosomatik die adäquate, welche ja alle psychosomatischen Erscheinungen nur auf der Grundlage der bedingten Reflexe zu lösen versucht. Sie ist rein materialistisch. Der Mensch in dieser psychosomatischen Betrachtung reagiert zwar auf Umweltreize, aber als geistig-seelisches Wesen existiert er nicht.

2. Für den *homo naturalis* mit seinem seelisch-kulturellen, aber immer noch materialistischen, mechanistisch-naturalistischen Weltbild hält der Autor die psychoanalytische Richtung in der Psychosomatik für charakteristisch.

---

<sup>1</sup> STOKVIS, B.: Psychosomatik. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1959, S. 442 ff., 454 und 462.



3. Für den *homo spiritualis* ist eine höhere, metaphysische Art der Betrachtung psychosomatischer Geschehnisse typisch, da diese Menschen eben einen freien Geist und somit eine schöpferische Finalität hinter der Empirie suchen. Während also die Psychosomatiker von dem Typus *homo reagens* und *naturalis* nur an das Kausalgesetz gebunden sind, erscheint bei dem *homo spiritualis* schon das Finalitätsprinzip<sup>1</sup>. Dagegen wird bei ihm jegliche Kausalbeziehung in der psychosomatischen Erscheinungswelt abgelehnt. (V. VON WEIZSÄCKER, A. MITSCHERLICH, VON GEBSATTEL, VAN DER HORST, A. JORES, E. A. D. CARP, B. STOKVIS usw.) Die daseinsanalytische Psychosomatik leugnet sowohl das Kausal- wie auch das Finalprinzip und stellt den Menschen im Sinne M. HEIDEGGERS in die Lichtung des Seins, im Gegensatz zur Schicksalsanalyse, die ihn in seinem Ganzheitswesen als *homo humanus* in der Lichtung des Werdens betrachtet (siehe Abb. 7). Für die Schicksalsanalyse gilt von Anfang an der Satz: Traurig die Wissenschaft, die eine *monistische* Weltanschauung hat, die entweder nur die Materie oder nur die Natur oder nur den Geist betrachtet. Eine Weltanschauung kann nur dann einer umfassenden Medizin dienen, wenn sie selber allumfassend ist. Das heißt: wenn sie selber sowohl die Materie wie auch die Natur und noch dazu den freien Geist in ihrem Menschenbild so zu integrieren vermag, daß die Materie, die Natur und der Geist sich wechselseitig ergänzen, komplementieren und weder einander gegenseitig ausschließen noch alles in einem Amalgam kontaminieren.

\*

Wir müssen unsere kritischen Betrachtungen in bezug auf die psychosomatische Bewegung noch auf drei Gebiete erweitern. Diese sind: V. die Nomenklatur, VI. die Einteilung der psychosomatischen Krankheitsbilder und VII. die Behandlungsarten.

V. Die *Nomenklatur* ist ein Indiz für das gegenwärtige Chaos, welches in diesem Turm von Babel der Psychosomatik herrscht. Dies zu demonstrieren genügt es, wenn man nach dem Referat von B. STOKVIS einige Wortbildungen aus der psychosomatischen Literatur zusammenstellt: 1. Psychosomatik, 2. somatopsychische Erscheinungen (J. DELAY), 3. Somatopsychic somatics (MYERSON), 4. Somatopsychonologia, 5. Psychosomatiatria, 6. Psysome, 7. Hysterosomatische, 8. psychosoziale (HALLIDAY), 9. biosoziale Erkrankungen, 10. Gesamtsituation (VON BERGMANN), 11. psychosomatischer Wirkzirkel (E. KRETSCHMER), 12. psychophysisches Simultangeschehen (MITSCHERLICH), 13. Vitalzirkel (J. H. SCHULTZ), 14. Gestaltkreise und psychosomatische Gleichzeitigkeit (V. VON WEIZSÄCKER) und so fort<sup>2</sup>.

Hier kann man statt jeglicher Kritik den Satz von L. BINSWANGER anführen, wonach der Daseinsgehalt sich nirgends «deutlicher erschauen und sicherer auslegen läßt als *an der Sprache*; denn die Sprache ist es, in der sich unsere Weltentwürfe eigentlich ‚befestigen‘ und artikulieren und infolgedessen auch feststellen und mitteilen lassen»<sup>3</sup>.

\*

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: Erster Teil, Kapitel II.

<sup>2</sup> STOKVIS, B.: Zitierte Arbeit, S. 437.

<sup>3</sup> BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bd. I, Francke, Bern, 1947, S. 202.

VI. Die *Aufteilung* der psychosomatischen Krankheitsbilder weist – wie die Nomenklatur – die gleiche unübersichtliche Uneinheitlichkeit auf.

VII. *Die Therapie psychosomatischer Erkrankungen.* Die Meinungsverschiedenheiten in bezug auf das, was in der Medizin für psychosomatisch erachtet werden darf und was nicht, bringen ipso facto auch auf dem Gebiet der Indikationen und in der Wahl der Therapieart dieser Krankheiten eine Unsicherheit mit sich.

1. In der wichtigsten Frage, nämlich in der der *kombinierten Somato- und Psychotherapie*, hat F. ALEXANDER davor gewarnt, bei den emotionell bedingten psychosomatischen Krankheiten ausschließlich *nur* Psychotherapie zu treiben. Er hält ihre Kombination mit Somatotherapie für unbedingt notwendig. Dieselbe Auffassung teilt auch B. STOKVIS, glaubt aber, daß in manchen Fällen, so z.B. von *Ulcus ventriculi*, *Asthma bronchiale* usf. die Hilfe eines geschulten Psychotherapeuten überhaupt *nicht* notwendig sei<sup>1</sup>. Er warnt «vor einem heute in der psychosomatischen Medizin üblichen, häßlichen Mißbrauch der Psychoanalyse»<sup>2</sup>. Dies um so mehr, da er und A. J. WELMAN bei 113 psychosomatischen Kranken der Leydener Station auf Grund von Katamnesen (bis 2½ Jahre) feststellen mußten, «daß die Erfolge der Psychotherapie in der Psychosomatik nicht erfreulich groß sind»<sup>3</sup>. Die Autoren mußten in 25% der Fälle – trotz einer kombinierten Somato- und Psychotherapie – keinen Erfolg oder sogar Verschlimmerung des Leidens verzeichnen. In 60% aber war dennoch eine Verbesserung in der sozialen Anpassung, d. h. der Lebenshaltung zu erreichen. Ein Erfolg allerdings, der bedeutend größer ist als bei den Psychoneurosen, nur war leider der Maßstab der Beurteilung verschieden. Bei den psychosomatischen Kranken begnügten sie sich mit der sozialen Anpassung, bei den Psychoneurotikern hingegen legten sie auch auf die Symptomfreiheit Gewicht. Hätten aber die Autoren auch bei den psychosomatischen Kranken die Symptomlosigkeit als Maßstab angelegt, so wären die Erfolge bei den psychosomatischen Kranken bedeutend kleiner ausgefallen.

2. Eine Unsicherheit herrscht auch in der Wahl der Art der Psychotherapie. Die klassischen Psychoanalytiker sind für die langdauernde Analyse – ohne Somatotherapie. Viele hingegen – an erster Stelle F. ALEXANDER – sind für Kurztherapien bzw. für die fraktionierten Psychoanalysen. Eine weitere Diskrepanz herrscht in bezug der Art der Kurztherapie<sup>4</sup>. Da brauchbare Kriterien derzeit noch fehlen (und u. E. nie da sein werden), zählt B. STOKVIS fast ausnahmslos alle möglichen Therapien auf, von ADLER bis V. E. FRANKL, von C. G. JUNG bis A. MAEDER, von J. H. SCHULTZ (autogenes Training) bis zur KRETSCHMERSCHEN fraktionierten aktiven Hypnose, vom Psychodrama bis zur Psychagogik. Eine Indikation für die Wahl gibt es derzeit nicht. B. STOKVIS empfiehlt bei den Verdauungs- und Atmungsstörungen mit analem und oralem Charakter eher eine Langtherapie, hingegen bei der phallisch-narzißtischen Hypertonie eine individual-psychologische Behandlung.

---

<sup>1</sup> STOKVIS, B.: Zitierte Arbeit, S. 488.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 491.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 497.

<sup>4</sup> MARGOLIN, S. G.: Psychotherapeutic principles in psychosomatic practice, in: E. D. WITTKOWER und R. A. CLEGHORN: Recent developments in psychosomatic medicine. London, 1954, zitiert nach B. STOKVIS.

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER ICH-STÖRUNGEN

### Kapitel XXXIII

## ALLGEMEINE PSYCHOLOGIE DER ICH-SPALTUNGEN

### A. Begriffsbestimmungen der Ich-Spaltung in der Psychiatrie

Halten wir vorderhand die historische Tatsache fest, daß die Rolle der «Spaltung» in der Psychologie der Ich-Störungen zum erstenmal 1911 von EUGEN BLEULER in seinem epochalen Werk «Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien»<sup>1</sup> aufgehehlt und als das zentralste Problem dieser Erkrankung hervorgehoben wurde. E. BLEULER schreibt: «Die Spaltung ist die Vorbedingung der meisten komplizierteren Erscheinungen der Krankheit (Schizophrenie); sie drückt der ganzen Symptomatologie ihren besonderen Stempel auf. Hinter dieser systematischen Spaltung in bestimmte Ideenkomplexe aber haben wir vorher eine primäre Lockerung des Assoziationsgefüges gefunden, die zu einer unregelmäßigen Zerspaltung so fester Gebilde wie der konkreten Begriffe führen kann. Mit dem Namen der Schizophrenie wollte ich beide Arten der Spaltung treffen, die in ihren Wirkungen oft in Eins verschmelzen<sup>2</sup>.» Zum Wesen der schizophränen Spaltung teilt E. BLEULER noch folgendes mit:

1. Die schizophrene Spaltung ist nur «eine Übertreibung physiologischer Vorgänge». Das heißt somit, daß auch die gesunde Psyche sowohl im Wachen wie auch im Träumen, sowohl unbewußt wie auch bewußt entgegengesetzte Ideenkomplexe zu entwickeln vermag, die quasi unverbunden nebeneinander stehen können. Das Phänomen «Spaltung» muß also nicht immer krankhaft sein.

2. Mit dem Wechsel der Affekte verändert sich auch inhaltlich die Persönlichkeit, d. h. das Ich.

3. Von der physiologischen Spaltung der Komplexe führen mannigfaltige Übergänge zu den hysterischen Erscheinungen, zum Autismus, zu den Dämmerzuständen, zu den paranoiden Syndromen. Nirgends findet man eine prinzipielle Verschiedenheit, höchstens nur Unterschiede in der Häufigkeit der Spaltungszustände.

4. Die Spaltung bei der Schizophrenie nennt E. BLEULER *primär*, wenn es sich um die unregelmäßige Zerspaltung des ursprünglich festgebundenen Assoziationsgefüges der konkreten Begriffe handelt. Von *sekundärer* Spaltung spricht er, wenn der affektbetonte Ideenkomplex sich immer mehr abgrenzt und daher immer größere Selbständigkeit erlangt<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> BLEULER, E.: im Handbuch der Psychiatrie, spezieller Teil, 4. Abteilung, 1. Hälfte. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1911.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 296.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 293.

5. Während in der normalen Psyche Hemmungen funktionieren, welche das unvereinbare Assoziationsmaterial und alle ihm nicht beigegebenen Psychismen zurückhalten, können in der schizophrenen Psyche unvereinbare Ideen nebeneinander herlaufen. So kann z. B. der Patient in dem Untersucher zugleich den Anstaltsarzt NN und seinen Feind XY sehen (E. BLEULER)<sup>1</sup>. Durch diesen Mangel an Hemmungen verquicken sich bei Schizophrenen verschiedene Ideen und affektbetonte Komplexe in typisch unsinniger Weise.

6. *Der Autismus ist die direkte Folge der schizophrenen Spaltung.* Der Kranke ersetzt die ihm unannehmbare Wirklichkeit mit einer irrealen Wunschwelt. Da ihm die Hemmung fehlt, prüft er seine autistischen Ideen nicht mit dem Maßstab der Realität. Aber auch der Autismus ist nach E. BLEULER bloß die Übertreibung eines physiologischen Phänomens. Er erscheint ja bei Gesunden im Traum, ferner bei Kindern und bei den sogenannten «Wilden» auch.

7. Zufolge dieser Vorgänge spalten sich die Schizophrenen in verschiedene Personen. Dennoch ist das Ich «nur in den hochgradigsten Fällen ganz zertrümmert»<sup>2</sup>. E. BLEULER betont, daß man vom Intellekt her nicht von Spaltung der Persönlichkeit sprechen kann. «Betrachtet man aber das Streben als das Maßgebende des Ich, dann allerdings hat der Schizophrene so viele Persönlichkeiten als Komplexe, Persönlichkeiten, die voneinander mehr oder weniger unabhängig sind»<sup>3</sup>.

8. E. BLEULER unterscheidet seinen Begriff «Spaltung» von den vorangegangenen Benennungen in der Psychiatrie, so vom Ausdruck «Bewußtseinszerfall» (GROSS), von Dissoziation, von Sejunktion (WERNICKE), von Spaltung des Selbstbewußtseins (FOERSTERLING)<sup>4</sup>. Alle diese Ausdrücke decken nur teilweise den Vorgang, den er «Spaltung» genannt hat.

Auch C. G. JUNG hegt die Meinung, daß der Mensch ständig in Spaltungen lebe und daß der Umgang mit dem Gegenüberstehenden im Grunde der Umgang mit uns selbst sei.

K. JASPERS spricht lieber von «Abspaltungen» als von Spaltungen. Er zählt sie der Kategorie der mechanischen Theorien zu und schreibt: «Die Vorstellung, daß Seelisches *abspalten* könne, hat eine Reihe heterogener Beobachtungen zur anschaulichen Voraussetzung. Es gibt das Erlebnis der eigenen Verdoppelung, ferner die Erlebnisse der Kranken, daß ihnen eigene Inhalte in der Gestalt von Stimmen, die sich zu ganzen Persönlichkeiten formieren, gegenübertreten. Es gibt den vollständigen Ausfall von Erinnerungen, welche ihr faktisches Fortbestehen durch die Möglichkeit, sie dem Bewußtsein wieder zugänglich zu machen, zeigen. Es gibt den Widerspruch zwischen Gedanken und Handlungen des Menschen, sei es untereinander, sei es mit der Wirklichkeit»<sup>5</sup>.» Aus dieser Aufzählung der Abspaltungsarten im Seelischen wird klar, daß K. JASPERS alle jene Phänomene zur Abspaltung zählt, die wir heute Inflation, Projektion, Verdrängung, Autismus nennen würden. JASPERS betont 1948, daß derzeit weder methodisch noch systematisch geklärt sei, was Abspaltung im Seelischen eigentlich sei<sup>6</sup>. Es gehört in der

<sup>1</sup> Ebenda: S. 294.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 295.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 295.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 296–297.

<sup>5</sup> JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. V. Aufl. Springer, Berlin und Heidelberg, 1948, S. 445.

<sup>6</sup> Ebenda: S. 318.

Tat zur Kuriosität unserer Zeit, daß die Problematik der «Spaltung» in der Psychiatrie gegenwärtig fast völlig verschwunden ist. Im Sachregister des 1960 erschienenen Buches «Psychiatrie der Gegenwart» (Bd. II, Klinische Psychiatrie) sucht der Leser vergeblich nach dem Wort «Spaltung».

### *B. Psychogenese der Ich-Spaltungen nach der Psychoanalyse*

Es gibt nur eine unvollendete Arbeit von S. FREUD, in der er sich mit der Psychogenese der Ich-Spaltung auseinandersetzt. Sie trägt das Datum des 2. Januar 1938 und den Titel: «Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang<sup>1</sup>.» In dieser Arbeit versuchte FREUD, den im frühen Kindesalter erworbenen psychogenetischen Kern der Ich-Spaltung herauszufinden. Er legt die Geschichte eines Knaben zugrunde, der im Alter zwischen drei und vier Jahren von einem älteren Mädchen verführt wurde. So hatte er das weibliche Genitale kennengelernt. Nach Abbruch der Beziehung onanierte er heftig und wurde von der Kinderpflegerin mit der Kastration bedroht. Er löst daraufhin den Konflikt zwischen Triebanspruch (Onanie) und Kastrationsangst nicht wie ein gesundes Kind mit Einstellen der Onanie, sondern *mit zwei entgegengesetzten Reaktionen, d.h. mit Ich-Spaltung*. Der Trieb behielt seine Befriedigung, auch die Gefahr der Realität wurde anerkannt, aber das Kind schuf sich einen Ersatz für den vermißten Penis des Weibes, und zwar durch einen *Fetisch*. S. FREUD bemerkt dazu: «Damit hatte er zwar die Realität verleugnet, aber seinen eigenen Penis gerettet . . .» «Dieser Akt unseres Patienten imponiert uns als eine Abwendung von der Realität, als ein Vorgang, den wir gern der Psychose vorbehalten möchten<sup>2</sup>.» Er betont, daß dieser Erfolg des Kindes auf Kosten eines *Einrisses im Ich* erreicht wurde, eines Risses, «der nie wieder verheilen, aber sich mit der Zeit vergrößern wird. Die beiden entgegengesetzten Reaktionen auf den Konflikt bleiben als Kern einer Ich-Spaltung bestehen<sup>3</sup>.

Mit diesem Punkt der Erörterung sind wir am Kreuzweg zweier führender Ich-Theorien der Psychiatrie angekommen, wo *die Abwehrlehre* und *die Spaltungslehre* der Ich-Psychologie sich überschneiden.

Der Begriff «Ich-Abwehr» wurde von S. FREUD schon 1894 geprägt<sup>4</sup> und später als Verdrängung zum wichtigsten Begriff der Psychoanalyse erhoben. Ein Abwehrmechanismus ist bekanntlich ein Schutz des Ichs gegen gefahrbringende Triebansprüche und Affekte. Die Psychoanalyse spricht deshalb einmal von «Triebabwehr», ein andermal von «Affektabwehr». Diese Abwehrtätigkeit des Ichs wurde dann von ANNA FREUD<sup>5</sup> als das zentrale Problem jeglicher analytischen Tätigkeit behandelt, nachdem S. FREUD – der bis 1926 nur die Verdrängung als Abwehrmechanismus erachtete – in der Arbeit «Hemmung, Symptom und Angst» den Begriff und die Arten der Abwehrweise revidiert und erweitert hatte.

Der andere Begriff «Ich-Spaltung» nach E. BLEULER (1911) wurde in der Psychoanalyse nicht gebraucht. Und plötzlich – man weiß wirklich nicht, wie und warum – begann S. FREUD einen Artikel zu schreiben, in dessen Titel «Ich-Spal-

<sup>1</sup> FREUD, S.: Ges. Werke Bd. XVII. Imago Publ. Co. Ltd., London, S. 59–62.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 61.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 60.

<sup>4</sup> FREUD, S.: Die Abwehr-Neuropsychose. Zuerst erschienen im Neurologischen Zentralblatt, 1894, Nr. 10–11.

<sup>5</sup> FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publ. Co. Ltd., London, 1946.

tung im Abwehrvorgang» beide Theorien zur Geltung kommen. Will das heißen, daß S. FREUD ein Jahr vor seinem Tode zu der Einsicht kam, daß die Abwehrlehre zum Verstehen psychopathologischer Prozesse *allein* nicht genüge und deshalb auch die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang gesucht hat? Oder glaubte er ernstlich daran, daß die Ich-Spaltung nur eine spezielle Weise des Abwehrvorganges sei? Wer würde es wagen, die Antwort S. FREUDS, die er mit sich ins Grab nahm, zu erraten?

### *C. Begriffsbestimmung der Ich-Spaltung in der Schicksalsanalyse*

Auf Grund der Schicksalsanalyse kommen wir zu folgenden Annahmen:

*Erstens:* Die Lehre von der Abwehrtätigkeit des Ichs, die wir völlig übernommen und experimentell bestätigt haben<sup>1</sup>, schließt die Ich-Spaltungslehre nicht aus. *Beide Lehren können in der Psychiatrie neben- und nicht gegeneinanderstehen, da sie verschiedene Phänomene im Ich interpretieren.* Von einem Kreuz- oder Scheidewege ist nicht die Rede.

*Zweitens ist Spaltung keine Abwehrform des Ichs zum Schutz gegen gefährbringende Triebansprüche und Affekte, sondern eine Ausfallserscheinung bestimmter Elementarfunktionen des Ichs, die konstitutionell, familiär bedingt ist.*

*Drittens ist jegliche Abwehrtätigkeit – wie alles, was überhaupt im Seelischen geschieht – an irgendeine Elementarfunktion des Ichs elektiv gebunden.* Fällt aber diese Funktion aus der Umlaufbahn des Ichs aus, so muß ipso facto die an diese Funktion elektiv gebundene Abwehrtätigkeit auch ausbleiben. (Zum Beispiel kann der Zwangsabwehrmechanismus bei inflation-projektiven Ich-Störungen ausfallen.)

*Viertens* nehmen wir an, daß die Elementarfunktionen des Ichs (Projektion, Inflation, Introjektion und Negation) entwicklungsgeschichtlich bereits *früher* in Kraft treten und auch einen breiteren Bereich des Ich-Lebens bedingen als die Abwehrtätigkeit<sup>2</sup>. Vorsichtig könnte man behaupten, daß sowohl die Abwehr wie auch die Spaltungsphänomene an die vier Elementarfunktionen des Ichs *gemeinsam* gebunden sind. Sie können zwar gelegentlich aneinander gekoppelt erscheinen, sind aber dennoch verschiedene Ich-Phänomene.

### *D. Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen psychoanalytischen Ich-Lehren und die Ich-Lehre der Schicksalsanalyse*

Wenn wir S. FREUDS Gedankengänge über die Ich-Spaltung mit denen, die er früher über das Wesen der Psychose in etwa sechs Abhandlungen bereits mitgeteilt hat, ergänzen, so erhalten wir über die Entstehung der Psychose – im Gegensatz zur Neurose – folgende Leitsätze<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> Ich-Analyse, S. 327 ff.

<sup>2</sup> Ebenda; S. 162–258.

<sup>3</sup> FREUD, S.: a) Neurose und Psychose (Ges. Schr. Bd. V);

b) Trauer und Melancholie (Ges. Schr. Bd. V);

c) Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose (Ges. Schr. Bd. VI);

d) Psychoanalyse und Psychiatrie (Ges. Schr. Bd. VII);

e) Der Wahn und die Träume in W. JENSENS «Gradiva» (Ges. Schr. Bd. IX);

f) Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Ges. Schr. Bd. VIII). Vgl. dazu: SZONDI, L.: Triebpathologie, Bd. I, Triebanalyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 20–24.

1. Das erste Kriterium in der Psychogenese der Psychose ist *der Realitätsverlust*. Dieser erscheint bei der Psychose total, hingegen bei der Neurose nur partiell.

2. Das zweite Kriterium ist *die Reparation*, die bei der Psychose in der Aufrichtung einer autoplastischen Neuschöpfung der Realität besteht, bei den Neurosen hingegen in Zwangshandlungen, Zwangsideen und Konversionen. Mit der autoplastischen Neuschöpfung der Wirklichkeit repariert demnach der Geisteskranke den Realitätsverlust, und zwar aus Angst, daß die für ihn unerträgliche Wirklichkeit wieder zurückkehren könnte. In dem erwähnten Fall wäre die Reparation die Fetischbildung.

3. Obwohl S. FREUD von dem Ausdruck «Autismus» nach E. BLEULER nicht Gebrauch machte, ist dennoch klar, daß er unter «autoplastische Neuschöpfung der Realität» dasselbe versteht wie E. BLEULER unter Autismus.

4. «Der Einriß im Ich» in der Frühkindheit kommt nach S. FREUD durch zwei entgegengesetzte Reaktionen auf die Kastrationsangst und den Triebanspruch zustande, fungiert aber später «als Kern einer Ich-Spaltung». Hier deckt sich also die psychoanalytische Auffassung in einem Punkt mit der von E. BLEULER, der die Spaltung ebenfalls auf zwei entgegengesetzte Ideenkomplexe zurückgeführt hat, die quasi unverbunden nebeneinander zu stehen vermögen (1911). Der Unterschied besteht indessen darin, daß E. BLEULER die Spaltung als ein endogenes, S. FREUD – scheinbar – als in der Frühkindheit erworbenes Phänomen und – vermutlich – als eine Abwehrart betrachtet hat.

Im folgenden wollen wir aus der psychoanalytischen Literatur noch zwei Auffassungen über die Schizophrenie kurz anführen.

P. SCHILDER sagt zwar in seinem «Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage»<sup>1</sup> (1925) gar nichts von Spaltungsphänomenen bei der Schizophrenie, betont aber zwei Fixierungsstellen, und zwar eine im *Bereiche des magischen Erlebens* und eine zweite in dem des *Narzißismus*. Beide gehören u.E. zu dem Bereich des *Autismus*<sup>2</sup>.

Obwohl das Wort «Spaltung» auch in der Ich-Lehre von P. FEDERN<sup>3</sup> nicht zu finden ist, wird doch hier die Schizophrenie als eine besondere Ich-Störung dargestellt. Es soll bei ihr eine «Besetzungsschwäche» im Ich feststellbar sein, die nun ein Eindringen des Unbewußten erlaubt. Dieser «Ich-Besetzungsmangel» ist nur im letzten Stadium der Schizophrenie total. Zumeist bleiben viele Funktionen des Ichs und viele «Ich-Grenzen» mit «Ich-Gefühl» besetzt, aber nur dürftig. Aus dem partiellen Ich-Besetzungsmangel leitet P. FEDERN ferner die Steigerung des Empfindungsgrades und die Erhöhung der affektiven und impulsiven Erregbarkeit der Schizophrenen ab. «Besetzungsschwäche dagegen», schreibt der Autor, «gestattet sogleich unangemessenes Reagieren<sup>4</sup>.» Hier wird also der Autismus auf den Mangel an Ich-Besetzung zurückgeführt. Um diese Theorie zu verstehen, müssen wir folgendes in Erinnerung bringen:

Nach P. FEDERN ist das Ich «das bewußte Gefühl von vorbewußten Prozessen, während das Material selbst vorbewußt bleibt»<sup>5</sup>. Statt vom Ich spricht FEDERN

<sup>1</sup> SCHILDER, P.: Internat. Psychoanalyt. Verlag, Leipzig, Wien, Zürich, 1925, S. 73 ff.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 78.

<sup>3</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart, 1956.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 226.

<sup>5</sup> Ebenda: S. 213.

vom «Ich-Gefühl» mit einem dauernden Kern. Das Ich-Gefühl kann sich aber ausdehnen. «Wir empfinden genau», schreibt er, «wie stark und wie weit die seelischen Vorgänge und unser Körper von ‚Ich-Gefühl‘ besetzt sind; wir fühlen bei ihrem Wechsel die ‚Grenzen‘ unseres Ichs<sup>1</sup>.»

Die Besetzung mit Ich-Gefühl im somatischen und seelischen Bereich führte den Autor zum Begriff der «Ich-Grenzen». «Wann immer ein Eindruck uns trifft, sei er somatisch oder psychisch, so trifft er in der Norm eine mit Ich-Gefühl besetzte Grenze unseres ‚Ichs‘. Wird unser Ich-Gefühl an dieser Grenze nicht hergestellt, so fühlen wir den betreffenden Eindruck entfremdet<sup>2</sup>.» Darum beginnen alle Neurosen und Psychosen mit einem kürzer oder länger dauernden Entfremdungszustand (NUNBERG). Die Entwicklung des Ich-Gefühls begleitet den von S. FREUD festgestellten Weg der Libidoentwicklung, welche auch die besondere Art des Ich-Gefühls bedingt. Wie die Libido, so kann auch das Ich-Gefühl an frühere Stadien fixiert bleiben oder regredieren. Das Ich-Gefühl soll nach P. FEDERN die ursprüngliche narzißtische Besetzung des «Ichs» sein; das heißt somit, daß das Ich-Gefühl die Ich-Libido-Besetzung bedeutet. Zu Beginn ist diese narzißtische Besetzung objektlos (medialer Narzißismus); nach den objektlibidinösen Besetzungen der Ich-Grenzen und nach ihrer Zurückziehung soll der «reflexive Narzißismus» entstehen. P. FEDERN faßt seine Ich-Lehre in die folgenden vier Grundsätze zusammen, von denen der erste bereits erwähnt wurde: 1. «Das Ich ist das bewußte Gefühl von vorbewußten Prozessen, während das Material selbst vorbewußt bleibt.» 2. «Das Wollen beruht auf dem Vermögen des seelischen Ichs, Besetzung auf spezifische Organe und Aufgaben des Körper-Ichs zu verschieben.» 3. «*Affekte sind eine Ich-Funktion*; sie finden an Ich-Grenzen statt, die aufeinander treffen. Die Qualität eines Affektes wird von der Mischung der Libido- und Destrudokomponenten bestimmt, die in die Besetzung der beteiligten Ich-Grenzen eingingen.» 4. «Das Ich ist der essentielle Träger des seelischen Erlebens des Individuums sein ganzes Leben hindurch<sup>3</sup>.»

Im Lichte dieser sonderbaren Ich-Lehre sollte somit der Schizophrene an «Mangel der Ich-Besetzung» leiden, die dann durch das Eindringen des Unbewußten die unangemessenen Reaktionen verursachen würde. Das Ich der Schizophrenen hätte «seine volle Besetzung» hernach verloren, und es träte «die Regression des Ichs zu früheren Zuständen» ein.

Bei dieser Lehre über die Schizophrenie können wir die Gefühle von J. WYRSCH völlig nachempfinden, wenn er fragt: «Warum ist einem Leser, dem die psychogenetische Deutung der Schizophrenie ganz und gar nicht zuwider ist, bei manchen dieser genannten und anderen Aufsätzen etwas unbehaglich zumute<sup>4</sup>?»

Im Rahmen der Psychoanalyse gibt es neben der Ich-Lehre P. FEDERNs auch eine andere, vielleicht gewichtigere, nämlich die Lehre von H. HARTMANN über das «autonome Ich». Diese Lehre deckt sich in vielen Punkten, insbesondere in der Genbedingtheit der Ich-Funktion, mit der schicksalsanalytischen Ich-Lehre, in manchen aber weicht sie von dieser ab.

<sup>1</sup> Ebenda: S. 62.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 62.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 213.

<sup>4</sup> WYRSCH, J.: Klinik der Schizophrenie. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960, S. 17.



Die Gleichheit der zwei Ich-Lehren zeigt sich bereits im Ausgangspunkt. Beide fußen nämlich auf der zitierten Aussage S. FREUDS (1937), nach der die Person den Abwehrmechanismus, den sie am häufigsten gebraucht, unter den *hereditären Abwehrmöglichkeiten* erbgemäß auswählt, da «dem noch nicht existierenden Ich bereits festgelegt ist, welche Entwicklungsrichtungen, Tendenzen und Reaktionen es späterhin zum Vorschein bringen wird»<sup>1</sup>.

Nun hat H. HARTMANN diese *freudschen* Gedankengänge über die hereditäre Ich-Entwicklung und über den konstitutionellen Faktor in der persönlichen Auswahl unter den möglichen, genetisch bedingten Abwehrmechanismen weiterentwickelt. Er spricht von «*ererbten Ich-Apparaten*»<sup>2</sup> oder «Ich-Merkmalen», von einer «*Ich-Konstitution*» im Gegensatz zur Triebkonstitution<sup>3</sup>, von einer «*autonomen Ich-Entwicklung*» als einer der Voraussetzungen der Realitätsbeziehung<sup>4</sup>. Der Autor stellt die Hypothese auf, daß das Ich in seiner Entwicklung auch andere als triebbedingte Energiequellen in Anspruch nimmt<sup>5</sup>. Er schreibt sogar: «Genau ausgedrückt kann Energie, die von Anfang an zum Ich gehört, natürlich nicht als ‚neutralisiert‘ bezeichnet werden. Sie kann vielleicht als ‚nicht triebhaft‘ und vielleicht am besten als ‚*primäre Ich-Energie*‘ bezeichnet werden<sup>6</sup>.» Äußerst wichtig ist die Feststellung des Autors, daß im Ich eine Reihe von Funktionen tätig sind, welche mit dem Konflikt zwischen dem Ich und dem Trieb nicht zusammenhängen. Die Gesamtheit dieser Funktionen nennt er «*die konfliktfreie Ich-Sphäre*»<sup>7</sup>.

Die schicksalsanalytische Ich-Lehre<sup>8</sup> fußt auf der Annahme, daß die Ich-Funktionen sich aus einer spezifischen Ich-Energie nähren, die wir – im Gegensatz zur Sexualenergie, der Libido – «*Seinsmacht*», «*Potestas*» nennen. Durch diese spezielle Ich-Energie, die sich in der Macht zum Sein entfaltet, wird das Ich autonom. *Erst die Macht zum bewußten Sein macht das «Ich-Sein» möglich.* Das Ich ist aber nur der Verwalter dieser Ich-Energie des Seins und nicht der Urheber.

Denn die Kraft zum Ich-Sein liegt in den spezifischen Genen, welche die Ich-Funktionen als Seinsmöglichkeiten bedingen. Im Lichte dieser Lehre ist also das Ich der Träger und Überträger des Seins. Das Haben entsteht sekundär durch Einverleibung bestimmter Seinsinhalte.

In bezug auf die Autonomie der genotypischen Ich-Energie wie Ich-Entwicklung gibt es keine Differenz zwischen den zwei Ich-Lehren. Die Unterschiede zeigen sich im besonderen erst in der Betrachtung der Ich-Funktionen und Ich-Strukturen.

*Erstens* spricht H. HARTMANN immer noch von *Ich-«Apparaten»*, wobei er den Ausdruck «Apparat» im Sinne von FREUD anwendet, der diesen Ausdruck vermutlich aus der Histo-Anatomie in die Psychologie übertrug. *Nun glauben wir, daß das Ich weder ein Organ, noch ein Apparat, noch ein Gefühl sei, sondern ein Verband von freigewordenen Lebensfunktionen, deren Ablauf und Nacheinander genetisch streng vorgeschrieben ist.* Dies wurde von uns bereits 1947 experimentell festgestellt<sup>9</sup>. Damit

<sup>1</sup> FREUD, S.: Ges. Werke. Imago Publ. Co., Ltd., London, Bd. XVI, S. 86.

<sup>2</sup> HARTMANN, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Klett, Stuttgart, 1961, S. 86.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 83.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 87.

<sup>5</sup> HARTMANN, H.: Bemerkungen zur Theorie der Sublimierung. Im Buch: «Entfaltung der Psychoanalyse». Hg. von A. MITSCHERLICH, Klett, Stuttgart, S. 44 (Fußnote).

<sup>6</sup> Ebenda: S. 61 (Fußnote).

<sup>7</sup> HARTMANN, H.: Ich-Psychologie, S. 14.

<sup>8</sup> Ich-Analyse. Huber, 1956, S. 35, 519.

<sup>9</sup> Experimentelle Triebdiagnostik. Huber, Bern, 1947, S. 175 ff., Tab. 27 und 28.

lieferten wir auch Beweise dafür, daß die *Ich-Entwicklung einen autonomen Erbgang* innehat. Obwohl H. HARTMANN «auch von somatischen und psychischen Apparaten» spricht, deren sich das Ich beim Handeln bedient, gebraucht er häufiger den Ausdruck «Ich-Apparate» als «Ich-Merkmale» und glaubt, daß das Ich eine seiner Wurzeln in solchen Apparaten hätte.

*Zweitens faßt unsere Ich-Lehre die vier Elementarfunktionen, nämlich die Projektion, Inflation, Introjektion und Negation, als die vier nacheinander folgenden Funktionsphasen aller Ich-Tätigkeiten in einer Umlaufsbahn des Ichs zusammen. Diese Umlaufsbahn repräsentiert die Erbstruktur des Ichs. Jeder seelische Inhalt – von außen oder von innen kommend – muß durch diese Umlaufsbahn gehen.*

*Drittens kommen alle Ich-Störungen dadurch zustande, daß gewisse Elementarfunktionen aus der Umlaufsbahn ausfallen, und infolge dessen derselbe Inhalt durch die gleiche Elementarfunktion wiederholt wird.* Je nach dem, ob die Umlaufsbahn in der Phase der Projektion oder der Inflation oder der Introjektion oder der Negation stehen bleibt, werden die Inhalte ständig projiziert oder inflativ verdoppelt oder introjiziert oder negiert. Daher die Feststellung: *Ich-Spaltungen sind Ausfallerscheinungen bestimmter Elementarfunktionen aus der Umlaufsbahn des Ichs.* HARTMANN spricht zwar von Projektion, Introjektion, von Verneinen, Vermeiden, er sieht aber nicht in diesen Ich-Funktionen die Phasen einer erblichen Umlaufsbahn des Ichs. Über die Beziehungen der Ich-Störungen zu seiner Ich-Lehre spricht er nicht. Er bezieht sich hier auf die Arbeiten von NUNBERG, SCHILDER, E. BIBRING und anderen<sup>1</sup>.

*Viertens* wird in der Ich-Lehre der Schicksalsanalyse für die zentrale Steuerung und Selbstausschaltung eine besondere Ich-Funktion, die *Pontifexfunktion*, angenommen. Diese höchste Ich-Funktion manifestiert sich als Integration, Transzendenz und Partizipation und – wie bereits im Kapitel III ausgeführt wurde – sorgt für die Überbrückung aller Gegensätze im Psychischen, also für die Überbrückung der Antinomien: Bewußt–Unbewußt, Wachen–Träumen, Objekt–Subjekt, Real–Irreal, Lust–Unlust, Trieb–Geist usf.

Trotz dieser Unterschiede erachten wir die *hartmannsche* Ich-Lehre im Rahmen der Psychoanalyse für das gewichtigste Geschehnis seit FREUDS zweiter Revision seiner Lehre von 1937.

Nun kehren wir zur Frage der Ich-Spaltungen zurück.

### *E. Ich-Spaltung als Sicherung gegen das Nichtangenehmensein in der angelsächsischen Psychiatrie*

Der Anlaß zu dieser Fragestellung war die Schizophrenielehre der angelsächsischen Autoren (SULLIVAN, FRIEDA FROMM-REICHMANN, ROSEN, L. B. HILL usf.), die *auf Grund der «Interpersonal Theory of Psychiatry» die Pathogenese der Schizophrenie in den Störungen der zwischenmenschlichen Gefühlsbeziehungen suchen.* Im Lichte dieser Theorie ist aus Sicherung gegen das Nichtangenehmensein das Motiv, bestimmter Strebungen abzuspalten und der Rückzugsweg in den Autismus einzuschlagen, den diese Autoren als Regression auffassen. Mit Recht wendet sich J. WYRSCH gegen die seit 1945 stark verbreitete euphorische Auffassung, die «*ein unerhört neues Zeitalter der Psychiatrie*» verkündigt und «*im schizophrenen Geschehen*

<sup>1</sup> HARTMANN, H.: Ich-Psychologie . . . S. 82–83.

keine Krankheit, auch keine Vielzahl von solchen mit ähnlichen Auswirkungen» sehen will, «sondern eine individuelle – sowohl in ihren somatischen als seelischen Aspekten – verschieden geartete Anpassungsstörung an die inneren und äußeren Schwierigkeiten des jedesmal einzigartigen Lebensschicksals»<sup>1</sup>. Nach ernststen therapeutischen Rückschlägen mußten 1955 die europäischen Nachfolger dieser angelsächsischen Lehre, so im besonderen BENEDETTI, KIND und MIELKE eingestehen, daß «eine einseitige psychogenetische Auslegung der Schizophrenie sowie ein großer psychotherapeutischer Optimismus keineswegs am Platze» seien<sup>2</sup>. Dieselben Autoren waren aber noch vor kurzem die Verkünder dieses Optimismus. M. BLEULER kommt in seinem Referat zur Schlußfolgerung: «Die Schizophrenielehre ist in den letzten zehn Jahren von der hypothetischen Vorstellung losgekommen, daß eine Krankheit Schizophrenie zu untersuchen sei; sie hat sich mehr dem Studium von Einzelkrankheiten in der Schizophreniegruppe zugewendet und noch mehr den persönlichen Problemen des einzelnen schizophrenen Kranken»<sup>3</sup>. Hier tritt also an Stelle der Krankheitseinheit wieder die Gruppe von Schizophrenien im Sinne EUGEN BLEULERS (1911) auf die Forschungsbühne. An diesem Punkt der Forschungen schließen sich die Ergebnisse der experimentellen Ich-Analyse und die psychotherapeutischen Erfolge der Schicksalsanalyse den Vorangegangenen an.

#### F. Neuorientierung in der Frage der Ich-Spaltung: Die Umlaufbahn im Ich

Die Neuorientierung in der Frage der Ich-Spaltungen geht drei Wege. Auf dem ersten Wege wird danach gefragt: Was wird eigentlich im Seelischen gespalten? Auf dem zweiten: Wie viele Arten von Spaltungen sind im Ich derzeit agnoszierbar? Und auf dem dritten: Wie hängen die verschiedenen klinischen Krankheitsbilder mit den verschiedenen Ich-Spaltungsarten zusammen?

#### I. Was wird im Seelischen gespalten?

Die Antwort EUGEN BLEULERS wurde bereits zitiert: Bei der primären Spaltung werden die ursprünglich festgebundenen Assoziationsgefüge der konkreten Begriffe, bei der sekundären die affektbetonten Ideenkomplexe zerspalten, die sich dann immer mehr abgrenzen und immer größere Selbständigkeit erlangen. Nach dieser Begriffsbestimmung der Spaltung werden also stets *seelische Inhalte* zerspalten. Aus der erwähnten Aufzählung der «Abspaltungen» nach K. JASPERS erhellt noch klarer die Auffassung, daß an erster Stelle *Inhalte des Psychischen* abgespalten werden. Trotz dieser Darstellungen spricht EUGEN BLEULER einmal – allerdings nur in Klammern – von «Spaltung psychischer Funktionen»<sup>4</sup>. Unter psychischen Funktionen versteht er aber das gleichzeitige Funktionieren von mehreren Ideenkomplexen in der nämlichen Psyche, die «unvereinbar nebeneinander

<sup>1</sup> WYRSCH, J.: Zitierte Arbeit, S. 11.

<sup>2</sup> BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H., und MIELKE, F.: Forschungen zur Schizophrenielehre, 1951–1955. Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Benno Schwabe & Co., Basel-Stuttgart, 1960, S. 119.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 12.

<sup>4</sup> BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. S. 293.

laufen»<sup>1</sup>, also Ideen. Fassen wir hier die bereits vorgeschichtlichen Ergebnisse der experimentellen Ich-Analyse<sup>2</sup> nochmals zusammen.

*Erstens entsteht das Phänomen «Spaltung» stets durch Ausfall bestimmter elementarer Ich-Funktionen.*

*Zum zweiten: Das klinische Krankheitsbild wird durch die Qualität der ausgefallenen Ich-Funktionen bedingt. Statt Spaltung sollte man demnach von Ausfall einiger Elementarfunktionen des Ichs sprechen. Spaltungsphänomene sind im Lichte der Ich-Analyse demnach episodisch auftretende, seltener andauernde Ausfallerscheinungen bestimmter Elementarfunktionen des Ichs.*

Die vier Elementarfunktionen, die das psychische Phänomen «Ich» artikulieren, sind u. E. Radikale des Psychischen. Das heißt also: Ihre Strebungen sind unhistorisch, bleiben im Wesen immer gleich; entfalten Kräfte, welche in allem Erleben und Verhalten des Menschen gegenwärtig sind, sie sind inhaltlich unspezifisch, sie können sich also thematisch verschieden manifestieren, ihre Grundfunktion bleibt dennoch stets die nämliche.

Diese vier Radikalfunktionen des seelischen Verbandes «Ich» sind:

1. *Die Partizipation*, d. h. *das Streben nach Eins- und Gleichsein mit dem anderen*, also *das Streben nach einer Dualexistenz*. Sie führt durch Projektion der eigenen Seinsmacht des Ichs zur Bildung von Dualunionen. Dualunion heißt: das Sein des Ichs im anderen. Nach Zerfall dieser partizipativen Dualunion funktioniert dieselbe Strebung als *sekundäre Projektion*, als Hinausverlegung der eigenen Seinsmacht des Ichs auf Personen, die sie hernach beeinträchtigen oder sogar verfolgen. Es ist der Zustand der Ohnmacht im Ich.

2. *Die Inflation*, d. h. *das Streben des Ichs nach Verdoppelung seiner Seinsmacht*; das Beides- und Alles-sein-Wollen, also *die Ambitendenz* im Sinne von EUGEN BLEULER<sup>3</sup>, auch die Besessenheit von zwei entgegengesetzten Strebungen, die aber synchron, unverbunden nebeneinander laufen, ohne sich wechselseitig auszuschließen oder zu legieren. Die Folge der Inflation könnte man auch «Autismus im Sein» nennen, dessen Inhalt von Person zu Person, von Zeit zu Zeit sich verändern kann. Zum Beispiel: gleichzeitig Mann und Frau, Teufel und Engel, Herr und Knecht, Kind und General zu sein. Wir nennen diese Funktion in Anlehnung an C. G. JUNG<sup>4</sup> Inflation.

3. *Die Introjektion*, d. h. *das urtümliche unbewußte Streben des Ichs nach Inbesitznahme, Einverleiben und Kapitalisierung der Wertobjekte, der Wertvorstellungen und aller Wertinhalte der äußeren und inneren Welt, kurz: der Drang nach Alles-Haben*. Die physiologische Funktion der Introjektion ist die, daß sie als Brücke zur äußeren und inneren Wahrnehmungswelt fungiert. Die krankhafte Form ist der Autismus im Haben, das magische Denken im Sinne von EUGEN BLEULER<sup>5</sup>.

4. *Die Negation*, d. h. *das Elementarstreben des Ichs nach Vermeiden, Verneinen, Hemmen, Verdrängen*. Die krankhafte Form heißt Negativismus, Entwertung aller Werte, Verzweiflung, ich-hafte Destruktion und Selbstdestruktion.

<sup>1</sup> Ebenda: S. 293–294.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 162–258; ferner S. 280–326.

<sup>3</sup> BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. S. 306.

<sup>4</sup> JUNG, C. G.: Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Reich-Verlag, Darmstadt, 1928, S. 37 ff.

<sup>5</sup> BLEULER, E.: Zitierte Arbeit, S. 304 ff.

Die aufgezählten vier Radikalfunktionen wurden bisher in der Psychopathologie nie zu einem Funktionsverband zusammengefaßt, sondern stets isoliert, unabhängig voneinander behandelt. Die experimentelle Ich-Analyse hat nun aber erwiesen, daß diese vier Elementarfunktionen in einem geregelten Nacheinander, in einer *Umlaufsbahn* (siehe Abb. 21) aneinander gebunden sind. Sie repräsentieren quasi «Stationen», sowohl in der Ich-Entwicklung wie auch im späteren Ich-Leben: Stationen, die von allen Triebregungen, inneren oder äußeren Wahrnehmungen und Vorstellungen, welche im Psychischen auftauchen, der Reihe nach passiert werden müssen. Wir konnten bereits 1947 nachweisen, daß auch die physiologische Ich-Entwicklung dem gleichen Gang des beschriebenen Ich-Umlaufes folgt: 1. Partizipation-Projektion, 2. Inflation, 3. Introjektion und 4. Negation bzw. Adaptation<sup>1</sup>.

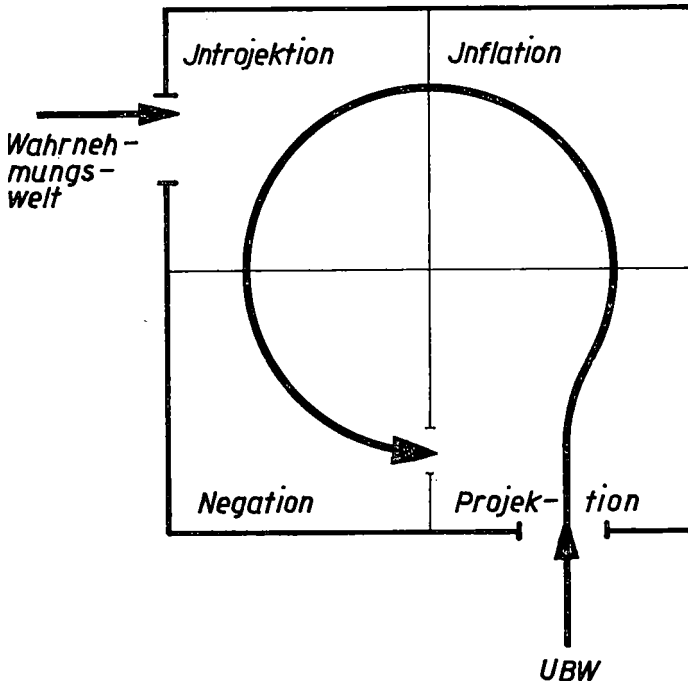


Abb. 21. Schematische Darstellung der Umlaufbahn im Ich

Die dargestellte Ich-Umlaufbahn hat gerade in der Pathologie der Ich-Störungen eine besondere Wichtigkeit erlangt. *Wir konnten aufzeigen, daß jede Ich-Störung bzw. Ich-Spaltung durch das Stehenbleiben der Ich-Umlaufsbahn auf einer Station, d. h. in einer Elementarfunktion des Ichs, zustande kommt.* Diese Tatsache kann man auch anders formulieren: *Ich-Störungen bzw. Ich-Spaltungen entstehen nicht durch Zerspaltung von «Inhalten», sondern durch Ausfall bestimmter Elementarfunktionen. Die*

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, 1947, I. Aufl., S. 175-180, Tab. 28.

*besondere Natur der ausgefallenen Ich-Funktionen bestimmt stets auch die spezifische Natur des psychiatrischen Krankheitsbildes.* Wenn wir den Ausdruck «Spaltung» weiter beibehalten wollen, so müssen wir künftig von «*Spaltung der Elementarfunktionen oder der Elementarstrebungen des Ichs*» sprechen. Die abgespaltenen Ich-Funktionen verschwinden aber nur aus dem Vordergrund des psychischen Geschehens; in Wahrheit bleiben sie immerfort unversehrt im Hintergrund und können somit gelegentlich entweder in die Ich-Umlaufbahn eingeschaltet werden oder durch Umdrehung der Spaltstücke allein die Vorderbühne des Ich-Lebens besetzen.

Zu dieser Ich-Lehre von der ererbten Umlaufbahn der vier Elementarfunktionen gehören noch zwei bekannte Begriffe, die aber hier eine besondere Bedeutung erhalten: die Integration und die Desintegration.

*Integration* heißt im Lichte unserer Ich-Lehre der Zustand, indem die vier Elementarfunktionen ihren Umlauf der Regel nach ohne zu langes Stehenbleiben bzw. ohne Ausfall durchmachen, und zwar völlig *unabhängig von der Qualität des Inhaltes*, welcher dem Psychischen aktuell zugeführt wurde. Das heißt somit: Das Ich-Leben ist dann integriert, also integer, wenn alle seine Inhalte – ob Triebregungen oder Vorstellungen oder Ideen – von der Projektion zur Inflation, von da zur Introjektion und von der Introjektion bis zur Negation ihren Umlauf durchgehen. Bei der Integration fehlt somit keine von den vier Elementarfunktionen.

*Desintegration* hingegen heißt der Zustand, in dem alle vier Elementarfunktionen stillstehen und somit die Inhalte des Psychischen «ich-los», bzw. im Dämmerzustand zwangsläufig ablaufen (z.B. Dämmerattacken bei Epileptikern).

Um dem Leser zu zeigen, daß es sich hier nicht um eine Spekulation über die Ich-Funktionen auf Grund von experimentellen Ich-Analysen handelt, werden wir in einem Fall von Transvestitismus den Umlauf des Triebbedürfnisses «eine Frau zu sein» so darstellen, wie wir es in der analytischen Situation beim Kranken auf der Couch beobachten konnten.

*Ein Beispiel zur Umlaufbahn eines Triebbedürfnisses durch alle vier Phasen der elementaren Ich-Funktionen im Leben und während der Analyse*  
*Fortsetzung und Ich-Analyse des Falles 12, eines Transvestiten*

Der begabte Sprachlehrer einer österreichischen Kadettenschule, ein Romanist, mußte seine Stelle 1948 aufgeben, weil seine transvestitischen Ansprüche, Damenwäsche zu tragen und eine Frau zu sein, ihm das Leben in der Kaserne unerträglich machten. Er trat aus dem aktiven Dienst aus, kam nach Zürich, übernahm eine Hilfslehrerstelle an einer Privatschule und begann bei mir 1949 eine Analyse, die etwa 2½ Jahre dauerte. Aus dieser Analyse heben wir hier nur die Psychogenese des Transvestitismus hervor und versuchen nachzuzeichnen, wie der Drang, Frau zu sein, im Ich die vollständige Umlaufbahn von der Partizipation zur Inflation, von da zur Introjektion und am Ende der Analyse 1951 zur verzichtenden Negation und Adaptation durchgegangen ist. In Abb. 10 wurde die Wandlung der Existenzformen während der Behandlung bereits dargestellt und erörtert (Kapitel X). Wir wollen der Kürze wegen die Krankengeschichte durch die Umlaufbahn des krankhaften Bedürfnisses im Ich-Kreislauf in vier Abschnitten parallel darstellen.

## *Erste Phase: die mißlungene Partizipation mit den Eltern*

Der Patient war das erste Kind eines Apothekers in Graz. Die Mutter erlitt nach der Geburt des Patienten eine Embolie und konnte den Knaben kaum stillen. Die Todesgefahr durch die Geburt hat die Beziehung der ohnehin kühlen, ichbezogenen Mutter zu ihrem Sohn gestört; sie konnte ihm keine Zärtlichkeit geben. Diese kühle, lieblose Mutter-Sohn-Beziehung blieb auch nach dem Tode des Vaters unverändert. Nach der mißglückten Partizipation mit der Mutter orientierte er sich in der Liebe zum Vater, der aber die Annäherung des Sohnes zurückwies. Diese mißglückte Partizipation mit beiden Eltern wirkte auf die zukünftige Existenz des Patienten schicksalsformend, besonders auch deshalb, weil seine Schwester, die fünf Jahre nach ihm zur Welt kam, das Lieblingskind des Vaters wurde. Und damit beginnt schon im frühen Kindesalter die unbewußte Abweichung des Patienten vom physiologischen Entwicklungsweg. Der Analysand konnte auf die Partizipation mit dem Vater nicht verzichten, da ja die normale Mutter-Partizipation mißlang. Er suchte nun unbewußt einen Weg, wie er wenigstens die Liebe des Vaters erobern könnte. Daher strebte er unbewußt danach, so zu sein wie die Schwester, d. h. ein Mädchen; denn dann könnte er die bisher unerreichte Liebe des Vaters, also die ersehnte Dualunion, erlangen. – Eine Serie von Träumen aus der Anfangsphase der Analyse zeigt, wie stark der Träumer mit der Frage des Einsseins mit dem Vater beschäftigt ist. Traum 8 soll dafür ein Beispiel sein.

1. «Eine große Gruppe Kinder spielt bei einem Bach mit einem fliegenden Pfeil, der schließlich in den Bach fällt bzw. an den Bachrand, wo es lehmig ist. Dort verschwindet der Pfeil in einem Loch, wird hineingezogen.

2. Als wir bei diesem Loch die Stelle aufdecken, kommen wir zu einer Röhre, die längs unseres Hauses verläuft. In dieser Röhre befindet sich eine Statue, die ausgehöhlt ist. Wahrscheinlich war darin ein Mensch gefangen worden, von dem man noch Spuren sieht.»

Wir wollen zuerst die Einfälle des Patienten zum zweiten Teil des Traumes bringen, da dieser Abschnitt im Leben des Patienten aus einer chronologisch früheren Periode stammt. Er sagte: «In dieser Röhre befindet sich eine Statue. Die Röhre im Traum war verstopft, auch die Penisröhre war funktionsunfähig, impotent. Die Statue stand in der Apotheke meines Vaters. Sie war auf der Rückseite ausgehöhlt wie ein Sarg und darin war (im Traum) einst ein Mensch gefangen. *Dieser Mensch bin ich*. Ich befinde mich in dieser Statue, ich versteckte mich darin. Die ausgehöhlte Statue ist die Lösung dieses Traumes: Ich war in der Statue, d. h. im Vater wie in einem Panzer gefangen; irgendwie mit Lederriemen an die Statue, also an den Vater, gebunden . . .»

Aus diesem Teil des Traumes erhellt somit der Wunsch und auch die Tatsache, daß er an den Vater wie mit Lederriemen gebunden und in ihm wie in einem Panzer gefangen war. Hier wird also die erste sogenannte *Partizipationsphase* des frühkindlichen Ichs symbolisch ausgedrückt.

## II. Die Inflationsphase. Die Verdoppelung

Der erste Teil des gleichen Traumes stellt schon die darauffolgende *Inflationsphase* eines hermaphroditischen Wesens dar. Dieses Doppelwesen war er vom 14. bis zum 31. Lebensjahr. Mit diesem seelischen Zweigeschlechterwesen kam der

Patient in die Analyse und verweilte 17 Monate in dieser Phase der Verdoppelung. Die Einfallskette zu diesem Traumteil spricht eine klare Sprache. Er sagte: «Der fliegende Pfeil ist mein Penis. Das Loch: meine Vagina; die Weiblichkeit frißt meine Männlichkeit auf. Die Röhre ist der aufgeschlitzte Penis. Wenn aber der Penis, also die Männlichkeit, in der Frau (Loch) weiterlebt, dann ist es ja ein *Hermaphrodit* . . . Jetzt fällt mir das Erlebnis ein, als ich in Kitzbühel bei der Tante in den Ferien weilte, da habe ich die Unterhose der Cousine aus dem Schrank genommen und angezogen. Ich trug sie ‚wollustig‘. Dies geschah mit 17 und 18 Jahren. Im Haus dieser Tante verbrachte ich auch schon zwei Jahre vorher die Ferien, also mit 15 Jahren, und zwar schlief ich in demselben Zimmer wie die Schwester!» Es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß dieses Im-gleichen-Zimmer-Schlafen mit der Schwester zwei Jahre später den Patienten dazu bewog, die Unterhose der Cousine anzuziehen. Er sah ja die Unterkleider der Schwester, wenn sie sich an- und auszog. Und in der Tat hat er später hauptsächlich die Schlüpfer, Unterhosen und Büstenhalter der Schwester entwendet und angezogen. Der Patient glaubte, daß dieser erste Teil des Traumes auf die Zeit der Pubertät und Nachpubertät hinzielt, *in der er sich tatsächlich eine Vagina wünschte. Dieser Wunsch war bis zu seinem 27. Lebensjahr zeitweise so massiv, daß er sich viermal mit einem Messer am Penis starkblutende Schnittwunden zufügte.* Er wollte sich selbst entmannen. Auf diese Entmannungsmanipulationen kehrt er auch in den späteren Träumen des öfteren zurück. Einmal rationalisierte er diese Handlung als ein Mittel zur Steigerung des Orgasmus. Ein andermal spricht er davon, daß das verlorene Blut an Stelle des Menstruationsblutes stehe, oder vielleicht auch den Blutverlust bei der Defloration symbolisiere. Zu betonen sei noch, daß der Patient 17 Monate hindurch immerfort beides, Mann und Frau, also Hermaphrodit sein wollte; denn das Zweigeschlechterwesen war für ihn Symbol der Allmacht, auf die er nicht verzichten konnte.

Seine Inflationsphase wird demnach ich-psychologisch durch das Doppel-Ich, durch die Verdoppelung der Persönlichkeit in zwei entgegengesetzte Personen (Mann und Frau) charakterisiert, also durch eine Ambitendenz, in der der Analysand den Widerspruch der Antinomien nicht anerkennt. Von dieser Inflationsstufe des «Autismus im Sein» konnte er sich nicht losreißen. Er beharrte darin, solange der Vater lebte. Erst der Tod des Vaters förderte seine Ich-Entwicklung in einem Alter von 32 Jahren. Die erste Reaktion auf diesen Verlust des Vaters war eine Regression auf die bereits verlassene Projektions-Ich-Stufe. Er fing an, massiv auf den Verstorbenen zu schimpfen und ihn als Verursacher seiner Neurose anzuklagen. Schon vorher lieferte er Träume, in denen der Vater Unfälle erlitt; in einem anderen Traum (61) liegt er im Sterben . . . Kurz nach dem Begräbnis des Vaters träumte ihm, er stehe neben dessen Sarg. Plötzlich setzt sich der Tote auf, er aber drückt den Vater mit Gewalt in den Sarg zurück. Im Gegensatz zu der üblichen Trauerarbeit, bei der der Zurückgebliebene sich selbst anklagt, klagt der Analysand Wochen hindurch affektiv den toten Vater an. (Ein Beweis für die Richtigkeit der Auffassung S. FREUDS, nach dem ja die Selbstanklage sowohl bei der Trauerarbeit wie im besonderen bei der Melancholie an Stelle der Anklage gegen den Verstorbenen steht<sup>1</sup>.) Von Melancholie konnten wir bei dem Analysanden

<sup>1</sup> FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Ges. Schr. Bd. V, S. 535 ff.



nichts beobachten. Er blühte eher auf, wurde unternehmungslustig und verbrachte die Sommerferien mit der Schwester in Frankreich. Als der Patient im Herbst die Analyse fortsetzte, zeigte sich allmählich, daß er – nach etwa 15 Jahren dauernder Stagnation in der Ich-Entwicklung – endlich die Inflationsstufe der Ich-Verdoppelung zu verlassen begann, und schließlich in die Introjektionsphase überzutreten vermochte.

### III. Die Introjektionsphase

beginnt bei diesem Analysanden somit erst nach etwa 1½ Jahre dauernder Behandlung. Im besonderen sind es drei Arten der Veränderungen, die auf diesen Prozeß der Einverleibung, der Inbesitznahme, hingewiesen haben:

1. Patient läßt die Kleider des verstorbenen Vaters reinigen und trägt sie selbst. *Der «Transvestitismus» zur Frau bekam in ihm einen Rivalen, nämlich die Form der «Verkleidung zum Vater».* Diese äußere Metamorphose des Verkleidungsdranges ist aber nur ein Indiz der tieferen seelischen Verwandlungen.

2. Er lieferte eine Serie von Träumen, in denen er die Schwester als Mann de facto in Besitz genommen hatte. Der erste davon hat diesen Wunsch noch symbolisch ausgesprochen, der letzte hingegen spricht eine offene, von Hemmungen völlig befreite Sprache. Traum 72:

«Ich schlafe mit der Schwester auf einem Bett. Wir wälzen uns in höchster Wollust hin und her.»

Die Inbesitznahme der Schwester ist in diesem Wunschtraum völlig männlich.

3. *Aus dem Transvestitismus wird seelisch in der Praxis ein Fetischismus.* Er gebraucht zwar bei der Onanie hie und da Damenwäsche, aber sie ersetzt ihm seelisch die Frau und dient nicht mehr der Illusion, selber Frau zu sein. Eine Reihe von Träumen und Einfällen haben den Analysanden mit seiner nachgeholtten Ich-Entwicklung konfrontiert. Er sah ein, daß mit dem Tode des Vaters sowohl seine Ich-Verdoppelungs- wie auch die Allmachtsstrebungen, mit denen er ja stets für die Liebe des Vaters geworben hatte, plötzlich – als überflüssig – von ihm abfielen. *Er wollte danach nicht mehr ein Hermaphrodit sein, sondern ein Mann wie der Vater, der die Schwester liebt.* Dies heißt ich-psychologisch, daß er vom Seinsobjekt (Frau sein) ein Hab-Objekt (eine Frau haben) gemacht hat. Er übernahm die Erbschaft des Vaters, nämlich seine Kleider und sein zurückgelassenes Liebesobjekt: die Schwester. Somit verschwand im Ich die Ambitendenz, der Autismus im Sein, d. h. der Wunsch, Mann und Frau gleichzeitig zu sein. Von da an war er fähig, die Männlichkeit von der Weiblichkeit zu trennen und fing an, den Widerspruch in den zwei Geschlechtstendenzen zu sehen. Er wählte nun das Mann-Sein und das Frau-Haben. Mit dem Abbau der autistischen Ambitendenz baute sich gleichzeitig auch die Allmachtsstrebung allmählich ab. Eines Tages brachte er mir die Nachricht, sein Bartwuchs werde bedeutend stärker als vorher. Damit begann nun die letzte Phase der Umlaufbahn des krankmachenden Triebbedürfnisses wie auch seiner Ich-Entwicklung, nämlich:

#### IV. Die Negationsphase. Die Periode des Verzichtenkönnens und der Adaptation

Obwohl der Analysand sich in der vorangegangenen Introjektionsphase von einem Transvestiten zu einem Fetischisten gewandelt und obwohl er den Mann-Vater, der die Schwester liebte, dem eigenen Ich einverleibt hatte, ist das Verzichtenkönnen auf die Frauenutensilien erst nach längerer Zeit eingetreten. Vorher mußte er den Vater seelisch «kremieren». Dieser Kremationsprozeß des Vaters im Ich dauerte sehr lange. Folgende Träume weisen auf diese Ich-Tätigkeit der «Destruktion des Vaters» hin. Traum 88:

«Ich stochere daheim in der Asche herum; dabei kommen Würmer zum Vorschein, die ich mit einem glühenden Eisenstab verbrenne. Darauf erscheinen ein großer Hirschkäfer oder Pillendreher und schließlich ein Krokodil, das ich ebenfalls mit dem Stab verbrenne.»

Der Analysand kremierte den Vater im Traum. Der «Pillendreher» ist natürlich der Vater, der ja Apotheker war. Er wirkte auf den Analysanden so gefährlich wie ein Krokodil oder eine Giftschlange (Einfall). Traum 123:

«Ich stehe vor dem Familiengrab, wo alle Ahnen eine Gedenkplatte haben. Ich wollte schauen, was von der Leiche des Vaters noch vorhanden war und öffnete das Grab. Das Fleisch war zerronnen. Ich trat unversehens hinein, bekam Angst, infiziert zu werden und wusch mich am Brunnen . . .»

Soweit der Traum. Dazu kamen reichlich Einfälle. Der Analysand legte den Traum wie folgt aus: «Diese Ahnen! Der Traum zeigt, daß ich mich nicht dieser Familie zugehörig empfinde. Ich will keinen Personenkult aus dem Vater machen. Er und die Ahnen sollen keine Macht über mich haben. Sie sind degeneriert wie verkrachte Adelige. Sie sind Rachegeister, aber wir stoppen ihre Rache mit der Analyse.» Später setzte er fort: «Dann aber kommt die Liebe, und ich erlöse die Ahnen bis zum Vater. Nachdem ich mich von ihm abgelöst habe, grabe ich ihn wieder aus. Früher hatte der Vater mich gestochen, heute nicht mehr . . . Früher war der Vater Gift für mich (Krokodil, Giftschlange); heute wasche ich das Gift beim Brunnen mit Liebe ab . . .» *Der Transvestitismus war nur ein Symptom meiner Vaterliebe, jetzt ist er weg, jetzt bin ich heterosexuell geworden . . .* Der Analysand teilte mir mit, daß er mit Frauen schon frei verkehren könne, sie auch sexuell begehre und sich völlig als Mann fühle. Zu dieser Zeit brachte er auch die folgenden Träume: Traum 142:

«Ein Mädchen kommt zu uns nach Hause und verfolgt ihre Freundin. Diese versteckt sich hinter den Pfeifen des Harmoniums. Ich verfolge das Mädchen, das vor mir flieht. Als es die Stiege hinuntereilt, verstaucht es sich das Bein.»

Der Analysand legt den Traum in folgender Weise aus: «*Ich lehne meine Weiblichkeit ab und will nicht mehr ein Mädchen sein, sondern es haben.* Ich wählte meinen Lehrerberuf als Frau, da ich in meiner Ambitendenz als Mann und Frau lebte. Ich wünschte wegen der Vatersliebe zur Schwester, eine Frau zu sein. Seit einem Jahr versteckt sich aber meine Weiblichkeit in mir hinter der Männlichkeit (Einfall: Harmoniumpfeife = Penis). Das Mädchen in mir verstaucht sich das Bein, es erlahmt in mir.»

Der nachfolgende Traum rekapituliert nun die Wandlungen in der Analyse. Traum 143:

«Ich will ein Bad nehmen. Aus der Röhre fließt aber etwas Rotes, dann etwas Blaues, das schließlich den Hahn verstopft. Ich lasse das verfärbte Badewasser ab. Erst als ich das zweitemal die Wanne fülle, kommt klares Wasser. Mutter schaut mir währenddessen zu.»

Der Analysand erfaßte den Sinn des Traumes und rekapituliert zwei Phasen seiner Analyse:

«Ich ging in die Analyse, weil meine Vaterbeziehung und meine Männlichkeit krank war. Meine Geschlechtlichkeit war gefärbt, sie hatte eine Mischfarbe von Menstruationsblut (rot) und männlichem Ejakulat (blau). Über ein Jahr war das Bad, d. h. die Analyse, also gefärbt (Frau + Mann). Dann ist der Vater gestorben, und in mir wachte die Liebe zur Schwester auf. Dies kam bei der Reise mit ihr in La Baule; Frankreich. Erst danach wurde aus dem Transvestitismus ein Fetischismus, und nach dem Beischlafstraum mit der Schwester wurde das Badewasser klar. Also ist meine Männlichkeit nun eindeutig klar. Daß meine Mutter zuschaut, will sagen, daß die primäre Liebe doch zuerst der Mutter galt. *Das reine Badewasser sagt mir, daß ich im Geschlecht eine eindeutige Persönlichkeit geworden bin.*»

Und nun die Fortsetzung dieser Rekapitulation der Analyse im Traum. Traum 144:

«Bei einer Ausgrabung findet man Versteinerungen, die ich als menschliche Schädel identifiziere.»

Während der Assoziationen ergänzte der Analysand den Traum mit folgendem: «Es waren im Traum zwei faustgroße, zusammengeschrumpfte Schädel, die ich mit einer Bürste putzte.» Die Auslegung des Analysanden lautete: «Die Analyse hat all das ausgegraben, was in mir versteinert lag: die Verhärtungen, die Symptome, die Fixierungen an den Vater, die Schwester und zuletzt auch an die Mutter. Die zusammengeschrumpften Köpfe waren im Traum wie die, die von Menschenfressern (Kannibalen) präpariert wurden. Der Menschenfresser erinnert mich an Gott Baal, den man im Innern glühend machte und die Kinder in seinen Rachen warf. Dieser Gott Baal ist der Vater. Die zwei Schädel sind meine zwei Ichs, das Doppel-Ich von Mann und Frau, das nun zusammenschrumpft. Im Traum habe ich diese zwei Schädel mit einer Bürste geputzt, und zwar auf einer Stiege. Die Analyse brachte mich Stufe für Stufe weiter. Ich habe in der Analyse mein Doppel-Ich (Mann-Frau) ausgegraben, es war versteinert, ich putzte es, und nun bin ich *eine* Persönlichkeit.»

\*

Hier wurde die Phase der Legierung der zwei entgegengesetzten Geschlechtlichkeiten und Iche angekündigt. Es bedeutete das Verzichten auf das Doppel-Ich und auf die Allmacht, kurz, die Anpassung an das matrikuläre Geschlecht. Nach diesem Traum sah ich die Zeit gekommen, mit dem Analysanden die ganze Geschichte seiner Ich-Störung und deren Behebung nach dem folgenden Schema durchzuarbeiten: (Siehe Tab. 15).

Fassen wir die Lehre der Ich-Analyse des Falles zusammen:

1. Ein Mann hat bis zu seinem 31. Lebensjahr zwei Elementarfunktionen der Umlaufbahn der normalen Ich-Entwicklung ausgeschaltet bzw. abgespalten, nämlich die Introjektion und die zur Anpassung führende verzichtende Negation.

2. Die Folge davon war, daß sein Ich in der Phase der Inflation stehen geblieben ist: Er war vom Wunsche besessen, ein Hermaphrodit und allmächtig zu sein. Er realisierte diesen «abgespaltenen Ideenkomplex» durch den Transvestitismus. Somit blieb er auf der Ich-Stufe des «Autismus im Sein», d. h. auf der der Ambitendenz stehen. Von dieser Station der Inflation konnte sich sein Ich nicht weiter-

Tab. 15. Phasen der Ich-Entwicklung eines Transvestiten in der schicksalsanalytischen Behandlung

Phasen der Ich-Entwicklung	Klinische Symptome	Dauer des Stehenbleibens
I. <i>Partizipations- bzw. Projektionsphase:</i>	1. Mißlungene Partizipation mit der Mutter. 2. Invertierte Liebe zum Vater, die auch mißglückte (Statuen- traum). 3. Haß-Liebe gegen den Vater; Unfalls- und Todeswünsche gegen den Vater.	Vom 4. bis zum 15. Lebensjahre.
II. <i>Inflationsphase:</i>	1. Ambitendenz: Will Hermaphrodit, also Mann und Frau gleichzeitig sein. 2. Doppel-Ich. 3. Allmacht. 4. Transvestitismus. 5. Entmannungsver- suche.	Vom 15. bis zum 31. Lebensjahre. Erste Phase der Analyse, die 17 Monate dauerte.
III. <i>Introjektionsphase:</i>	1. Will die Schwester in Besitz nehmen. 2. Fetischismus. 3. Aus dem Frau-Sein wird Frau-Haben. 4. Verkleidung im «chemisch gereinigten» Vater.	Nach dem Tode des Vaters: Zweite Phase der Analyse, die etwa 1 Jahr dauerte.
IV. <i>Negationsphase:</i>	1. Trennung vom weiblichen Ich. 2. Verzichten, Beides- und Alles-Sein zu wollen. Legierung und Anpassung.	Nach 2½ Jahren der Analyse.

entwickeln, er konnte nur auf die noch frühere Stufe der Projektion regredieren, (Beschuldigung des Vaters).

3. Erst mit 31 Jahren – im 17. Monat der Analyse – war sein Ich imstande, den natürlichen Weg der Umlaufbahn – sowohl in bezug auf den Wunschkomplex wie auch auf die natürliche Ich-Entwicklung – fortzusetzen und die bis dahin ausgefallenen zwei Elementarfunktionen, nämlich die Introjektion und die verzichtende Negation, – mit Verspätung zwar – aber dennoch mit Erfolg zu durchgehen. So gelang es dem Analysanden endlich, die hermaphroditische Ambitendenz (die Inflation) wie auch den Autismus im Haben (Schwester-Inzest) abzubauen und ein «eindeutiger und einfarbiger», d. h. heterosexueller Mann zu werden.

4. Wir betonen, daß ich-psychologisch ein krankhafter Ideenkomplex sich nur deshalb in der Seele dauernd zu verselbständigen vermag, weil die Umlaufbahn der Ich-Funktionen in einer Phase stehen geblieben ist, weshalb der aktuelle seelische Inhalt, d. h. der Ideenkomplex, nicht bis zur Negation gelangen kann.

5. *Die Aufgabe der Ich-Analyse in der Schicksalstherapie besteht darin, die Umlaufbahn der elementaren Ich-Funktionen wieder in Gang zu setzen.* Daß diese Aufgabe sehr schwer ist, aber dennoch gelingen kann, beweist der dargestellte Fall.

Mit anderen Worten: *Man muß in der Behandlung dem Ich die Fähigkeit zurückgeben, seine vier Elementarfunktionen zur rechten Zeit und am rechten Ort zu gebrauchen.* Nur dann wird es imstande sein, ein gefährliches Triebbedürfnis, eine irrealer Vorstellung bzw. einen kranken Ideenkomplex durch die vier Stationen seiner Umlaufbahn bis zur Anpassung an die Realität passieren zu lassen. Dieses Leitprin-

Tab. 16. Die klinischen Erscheinungsformen der Ich-Spaltungen

Hauptgruppen	Die dominierenden elementaren Ich-Funktionen im Vordergrund	Das klinische Bild im Vordergrund	Die abgespaltenen elementaren Ich-Funktionen im Hintergrund	Das abgespaltene latente, klinische Bild im Hintergrund
A. I. Klassische schizoforme Ich-Spaltungen (E. BLEULER):	I. Partizipation bzw. Projektion	a) Die Dualunion b) Das projektive Paranoid. Verfolgungsideen. Projektive Epilepsie	1. Inflation 2. Introjektion 3. Negation	I. Der Arbeitszwang
	II. Narzißtische Affektionen (S. FREUD):	Autismus. Magisches Denken. Depression	1. Inflation 2. Negation	II. Die Hemmung
B. Schizo-paroxysmale bzw. heboforme Ich-Spaltung:	III. Inflation, Besessenheit, Ambitendenz	Größenwahn, Religionswahn, Erotomanie, Querulanz. Kriminalität (Hochstapelci, Betrug), Manie	1. Projektion 2. Introjektion 3. Negation	III. Das paroxysmale Ausreißen (Fugues). Wandertrieb, inflative Epilepsie, evtl. retropulsives petit mal
C. Paroxysmale affektive (epileptiforme) und introjektive Ich-Spaltungen:	IV. Projektion + Inflation + Negation	1. Entfremdung 2. Konversion 3. Destruktion (Selbstmord) Depression	1. Introjektion	IV. Senso-motorische Wahrnehmungsfähigkeit. Das Wissen, Können, Lernen usf.
	V. Desintegration: alle vier Elementarfunktionen fehlen	1. Dämmerattacken 2. Oral-petit-mal 3. Ich-Wechsel 4. Desorientiertheit	1. Projektion 2. Inflation 3. Introjektion 4. Negation (Integration)	V. Katastrophenahnungen, Phobien. Integration
D. Zwangsförmige, anankastische Ich-Spaltungen:	VI. a) Introjektion + Negation (Intronegation)	Zwangsneurose, Zwangsideen (Inversion bei der ♀)	1. Projektion 2. Inflation	VI. a) Das projektive und inflative Paranoid. Die Weiblichkeit
	VI. b) Projektion + Inflation (Inflaprojektion)	Projektives und inflatives Paranoid (Inversion beim ♂)	1. Introjektion 2. Negation	VI. b) Der Zwang. Die Männlichkeit
E. a) Katatoniforme Ich-Spaltung	VII. a) Destruktion	Katatoniformer Negativismus	1. Introjektion 2. Inflation 3. Projektion	VII. a) Die Annahme der Inflationen und Projektionen
	b) Repressive neurotische Ich-Spaltung:	Psychoneurose		VII. b) Die Annahme der Weiblichkeit, der Verlassenheit
F. Adaptive, legierende Ich-Spaltung:	VIII. Negation + Projektion (Projektive Negation)	Anpassung durch Verzichten auf die Wunschprojektionen	1. Introjektion 2. Inflation	VIII. Totaler Narzißmus: Hab- und Sein-Ideale, Alles-Sein-und Alles-Haben-Wollen

zip steht nicht im Widerspruch mit der bekannten Akzeptations- oder Partizipationstherapie nach P. FEDERN (Nursetherapie), ROSEN, BENEDETTI, Mme SECHÉ-HAYE und anderen, *die aber alle u.E. nur für die Einschaltung der ersten Elementarfunktion, der Partizipation, sorgen, hingegen die drei anderen Funktionen vernachlässigen.* (Siehe später die «Partizipationstherapie».) Um die vollständige Ich-Analyse durchzuführen, muß der Therapeut erstens wissen, *welche Elementarfunktionen im gegebenen Fall außer Aktion gesetzt wurden*, und zweitens *wie man die fehlenden Ich-Funktionen wieder in die Umlaufsbahn einschalten kann.*

### G. Aufteilung der Ich-Spaltungen

*Spaltungen sind* – wie bereits gesagt wurde – *Ausfallserscheinungen einzelner oder mehrerer Elementarfunktionen des Ichs aus der physiologischen Umlaufsbahn.* Die ausgefallenen Elementarfunktionen verweilen unverwandelt im Hintergrund. So entstehen – im Zusammenspiel von Vorder- und Hintergänger – die sogenannten «komplementären Ich-Schicksale», welche zumeist als sukzessive, seltener als simultane Kontrastwirkungen im Ich-Leben zu erscheinen vermögen. Diese, in der Psychiatrie bisher unbekanntem Prozesse des Ich-Lebens wurden in der «Ich-Analyse» ausführlich erörtert.<sup>1</sup> Es wurden *acht verschiedene Arten der Ich-Spaltungen* im Lichte der Komplementarität der Ich-Schicksale dargestellt. «Für die Psychiatrie» – so schrieben wir 1956 – «ermöglicht die Lehre von den komplementären Ich-Schicksalen, die ganze Symptomatologie und Syndromatik der Psychosen, der Psychopathien und Psychoneurosen auf eine einheitliche Ich-Analyse der sich wechselseitig ergänzenden Ich-Existenzen zurückzuführen. Die klinischen, psychopathologischen Bilder konnten wir durch diese Ich-Analyse ordnen und als Folgen von komplementären Ich-Existenzen darstellen und deuten. Es wurden Wesenszusammenhänge aufgedeckt, die bisher völlig unbekannt waren, welche aber die bisher unverständlichen Sukzessionen in den psychiatrischen Krankengeschichten mit einem Schlag fast restlos verständlich machen<sup>2</sup>.»

Jede Form von Ich-Spaltung im Vordergrund des klinischen Beobachtungsfeldes steht mit dem «abgespaltenen» Stück des ganzen Ichs im Hintergrund in einer komplementären Wechselbeziehung. Die beiden «Spaltstücke» der vier Elementarfunktionen stellen zusammen die Ganzheit der Umlauf- und Ablaufsbahn im Ich dar. *Das Ziel jeglicher Ich-Therapie besteht u.E. darin, die abgespaltenen Ich-Funktionen wieder einzuschalten und somit die Umlaufsbahn zu komplementieren.* In der Tab. 16 versuchen wir, eine neue Gruppierung der Ich-Spaltungsform einzuführen, welche u.E. den empirischen Erfahrungen der Psychiatrie besser entspricht als die, die wir in der «Ich-Analyse» im Lichte einer allgemeinen Ich-Lehre mitgeteilt haben. Zu betonen ist aber, daß auch in dieser neuen Gruppierung die gleichen acht komplementären Ich-Schicksale figurieren, die bereits 1956 beschrieben wurden.

In der vorangegangenen Tab. 16 wurden neben den verschiedenen Ich-Spaltungsformen auch die Beziehungen zwischen diesen und den klinischen Krankheitsbildern schematisch eingetragen. Die Aufgabe der nachfolgenden Kapitel

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 280–326.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 325–326.

wird sein, diese Beziehungen in ihrer klinischen Erscheinung der Reihe nach ausführlich zu erörtern und überall dort, wo derzeit eine psychotherapeutische Möglichkeit bereits erschlossen wurde, kurz darauf hinzuweisen.

#### Kapitel XXXIV

## DIE ERSTE UND ZWEITE SPALTUNGSFORM WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER SCHIZOFORMEN ICH-SPALTUNGEN

Wenn auch die schizoforme Ich-Spaltung ihre Benennung von der Krankheit «Schizophrenie» erhielt, bei der sie nach E. BLEULER den Kern der Symptomatologie ausmacht, werden wir hier nicht Wesen und Therapie der Krankheitseinheit «Schizophrenie» oder der «Gruppe der Schizophrenien» behandeln. Hierüber kann der Leser sich in allen neuzeitlichen Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie orientieren. Wir beschränken uns darauf, die wichtigsten psycho-physiologischen und -pathologischen Zustände aufzuweisen, in denen die schizoforme Spaltungsweise eine vorwiegende Rolle spielt.

Ich-psychologisch muß man zwei verschiedene Arten der schizoformen Spaltungen voneinander trennen: 1. die *partizipative* oder *rein projektive* und 2. die *introprojektive* oder *autistische* Spaltung. Die dritte sogenannte inflative Spaltungsform ist klinisch eine Mischform, die wir unter der inflativen, sogenannten schizoparoxysmalen Spaltung im nächsten Kapitel behandeln werden.

### *Die erste Spaltungsart :*

#### *Die partizipative oder projektive Ich-Spaltung*

Das Wesen der projektiven Ich-Spaltungen sehen wir darin, daß drei wichtige Elementarfunktionen: die Inflation, die Introjektion und die Negation, aus dem Ich-Leben der Person ausgefallen sind. Das Ich strebt vornehmlich, oft sogar ausschließlich, nach Hinausverlegung, nach Projektion, aller Triebansprüche, Vorstellungen und Ideen, die in ihm auftauchen. Bei genauer Beobachtung kann man zwar episodisch auch Erscheinungsprodukte der Inflation entdecken; die Patienten fallen aber immer wieder in die Phase der Projektion zurück.

Auf Grund der Inhalte der Projektion unterscheiden wir folgende drei Formen: 1. Persönliche Projektion, d.h. Hinausverlegung und Rückerstattung der Inhalte des persönlich-verdrängten Ubw. im Sinne von S. FREUD. 2. Kollektive Projektion, d.h. Hinausverlegung der Urbilder, Archetypen als Symbole im Sinne C.G. JUNGS aus dem kollektiven Ubw. 3. Familiäre Projektion, d.h. Hinausverlegung der Ahnenbilder, Ahnenfiguren, Ahnenansprüche aus dem familiären Ubw. in die Welt, in der sie zugleich in Form der Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Todesart gesucht werden (Schicksalsanalyse). In der «Ich-Ana-





5. *Das partizipierende Ich kann aber die Integration nur bewirken, wenn es die Fähigkeit hat, von einem «Bereich» in den anderen «hinüberzusteigen», also zu transzendieren.* Darum müssen wir annehmen, daß an dem «partizipierenden Ich» sowohl Transzendenz wie auch Integration hängen. Diesen Satz können wir auch so formulieren:

*Partizipation ist das Endergebnis von Transzendenz und Integration.*

Um die Funktion der Partizipation ausüben zu können, muß das «partizipierende Ich» transzendieren und integrieren können. Wir stellten ja den Satz auf, daß die Transzendenz eine Vorbedingung der Integration sei.

6. *Das «Anteilhaben am anderen», also der Partizipationsdrang, ist ein projektiver Ich-Prozeß. Er besteht in der Projektion von Macht, d.h. in der Machtübertragung.* Das partizipierende Ich überträgt seine eigene mitgebrachte Macht auf das Objekt, mit dem es eins, gleich und verwandt wird.

Das «Anteilhaben» am andern bezieht sich nun bei allen Partizipationen auf das Anteilhaben an der summierten «gemeinsamen» Macht beider. Hierdurch entsteht die Geborgenheit und Sicherheit für das Ich, das die Partizipation durchführt.

7. *Die Macht, die das partizipierende Ich beim Transzendieren auf den anderen überträgt, ist u. E.: die Kraft zum Sein. Wir nennen sie: Seinsmacht.*

Das partizipierende Ich ist aber nicht der Erzeuger, sondern nur der Überträger und Verteiler der Seinsmacht. Die Kraft zum Sein ist in den Erbanlagen, in den Genen, d.h. in den Trägern der ererbten Seinsmöglichkeiten, niedergelegt. Somit besteht Macht darin, daß sich eine ererbte Seinsmöglichkeit in Transzendenz manifestiert.

*Die Partizipation aber ist diejenige Funktion des Ichs, die diese ererbte Macht zum Sein auf andere Wesen zu übertragen vermag. Die Übertragung der Seinsmacht geschieht durch die Transzendenz.* Die Integration besteht dann in der Summation oder Aggregation der Seinsmächte von zwei Ich-Existenzen oder von Selbst und Welt, von Subjekt und Objekt. Wir sagen: Die eine Existenz hat Anteil an der Seinsmacht der anderen. Das ist das Endziel der Partizipation.

Aus diesen Erörterungen erhellt die erstaunliche Tatsache, daß die Partizipation – als Urprojektion des Ichs –, obwohl in einer primitiven Form, dennoch mit Erfolg das Endziel jeglichen Ich-Lebens, nämlich: die Integration und die Transzendenz, zu erreichen vermag. So lange man noch von Naturvölkern sprechen konnte, beschränkte sich ihr Ich-Leben auf diese urtümliche Partizipation mit den Totem-Tieren und -Pflanzen, mit dem Klan und dem All. Das Ich dieser einstigen «Primitiven» konnte noch transzendieren und integrieren, wenn auch auf einer niederen Kulturstufe, und darum blieben sie seelisch gesund. Ihre Religion und ihr Sozialleben in einem Dorfstaat ermöglichten ihnen, das urtümlichste Streben des Ichs nach Eins-, Gleich-, Verwandt- und Vereintsein mit dem andern und dem All restlos zu erleben.

*Pathogenese, Psychogenese.* Wie anders gestaltet sich das Schicksal des zum gesunden Seelenleben unbedingt notwendigen Partizipationsdranges bei den sogenannten «fortgeschrittenen» Kulturmenschen! Obwohl es auch bei ihnen von der Geburt bis zum Tode genau so intensiv wirksam ist wie bei den «Primitiven», machen die kulturellen Gewohnheiten die Befriedigung dieses Urstrebens fast unmöglich. Schon die erste Form der Partizipation, die «Dualunion», d.h. die

Mutter-Kind-Einheit, wird durch die Lebensart in unserer Kultur ernstlich gestört, des öfteren sogar endgültig geschädigt. Die Untersuchungen von IMRE HERMANN<sup>1</sup>, R. SPITZ<sup>2</sup>, TH. BENEDEK<sup>3</sup>, TH. FRENCH<sup>4</sup>, P. GREENACRE<sup>5</sup> und vielen anderen sprechen eine klare Sprache über die Folgen der gestörten Mutter-Kind-Einheit im ersten Lebensjahr.

Die These, welche die Schicksalsanalyse in diesem Zusammenhang aufgestellt hat, lautet: Nach dem Zusammenbruch der Partizipation, der Dualunion mit der Mutter bzw. mit einer Mutterersatzperson, wird das Ich in seiner Seinsmacht stark reduziert. Das Kind bzw. der erwachsene Kranke muß nach der Abtrennung und Rückerstattung der Urprojektion einen Teil seiner Macht bei dem ihn verlassenden Dualpartner zurücklassen. So wird der veruntreute Dualpartner allmächtig, der von ihm Verlassene hingegen ohnmächtig. In dieser Ohnmacht fühlt er sich von dem verlassenden Partner beeinträchtigt, verfolgt. Es entsteht nach dem Zusammenbruch der auf Partizipation basierender Dualunion *die sekundäre, krankhafte Projektion*, die unter Umständen zum projektiven Paranoid zu führen vermag<sup>6</sup>.

Wir müssen aber betonen, daß die Projektion zwei Erscheinungsformen aufweist, die physiologische, primäre, d. h. die Partizipation, und die pathologische, sekundäre, d. h. das projektive Paranoid. Beide hängen biographisch miteinander eng zusammen. Die Strebung, die in beiden Projektionsformen wirkt, ist stets die nämliche: der Drang, mit dem anderen Eins zu sein. Darum ist es richtig, wenn wir das projektive Paranoid auch «*Partizipationspsychose*» und ihre adäquate Behandlung «*Partizipationstherapie*» nennen.

Zur Pathogenese der paranoiden Ich-Spaltung gehören noch zwei wichtige Mitteilungen. Erstens, daß nach einigen Autoren – im Gegensatz zu ANNA FREUD – jegliche Übertragung und Gegenübertragung in einer analytischen Situation eine Wiederherstellung der Dualunion, d. h. der Urpartizipation mit der Mutter, bedeutet (R. SPITZ, J. MACALPINE, PHYLLIS GREENACRE usf. siehe Kapitel XX). In diesem Sinne ist sie auch eine notwendige Regression, mit welcher die künstlich entstandenen paranoiden Zustände in der analytischen Behandlung zusammenhängen, die häufiger auftreten als sie publiziert werden. Wir müssen sie als Heilungsvorgänge deuten.

Zweitens müssen wir die Auffassung S. FREUDS über die Pathogenese des Paranoids erwähnen. Für ihn galten folgende, rein empirische Feststellungen:

Projektion ist die Hinausverlegung innerer Wahrnehmungen in die Außenwelt. *Im Grunde ist aber jede Projektion ein Heilungsvorgang, der die Verdrängung der Homosexualität rückgängig macht* und die Libido wieder zu der verlassenen Person zurückführt. Allerdings erhält diese zurückgeführte Libido – als Haß und Verfolgung – ein negatives Vorzeichen.

<sup>1</sup> HERMANN, IMRE: a) Die Urinstinkte des Menschen (Ung.). Pantheon, Budapest, 1943.  
b) Zur Psychologie der Schimpansen. Int. Ztschr. f. Ps. Bd. IX, 1923.  
c) Zum Triebleben der Primaten. Imago. Bd. XIX, 1933.

<sup>2</sup> SPITZ, R.: a) Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, 1957.  
b) Übertragung und Gegenübertragung. Entfaltung der Psychoanalyse. (Hg. von A. MITSCHERLICH.) Klett, Stuttgart, S. 63 ff.

<sup>3</sup> BENEDEK, TH.: Adaptation to Reality in Early Infancy, Psychoanal. Quarterly, VII, 200, 1938.

<sup>4</sup> FRENCH, TH.: The Integration of Social Behaviour, Psychoanal. Quarterly, Vol. XIV, 1947.

<sup>5</sup> GREENACRE, P.: The Role of Transference. J. Amer. Ps. Ass. 2, 1954.

<sup>6</sup> Ich-Analyse, S. 461, Abb. 22.

«Es war nicht richtig zu sagen» – schreibt FREUD weiter – «die innerlich unterdrückte Empfindung werde nach außen projiziert; wir sehen vielmehr ein, daß das innerlich Aufgehobene von außen wiederkehrt<sup>1</sup>.» Zu diesem letzten Satz wäre zweierlei zu bemerken. Erstens, daß es sicher paranoide Ich-Störungen gibt, bei denen die Verdrängung der Homosexualität, d. h. die Negationsphase, *niemals* erreicht wird und die Person von der Stufe der homo- oder bisexuellen Inflation auf die partizipative Projektionsstufe regrediert. Die Theorie über die Ubiquität des Verdrängungsvorganges ist u. E. schon längst einer Revision bedürftig<sup>2</sup>. Zweitens muß betont werden, worauf BUCHHOLZ bereits 1895 hingewiesen hat, daß die Paranoia auch auf epileptischer Basis entstehen kann. Diese Beobachtung wurde von mir<sup>3</sup> und meinen Mitarbeitern, R. SEIDEL<sup>4</sup> und A. LEDER<sup>5</sup> bestätigt.

Über diese schizo-paroxysmale Spaltungsart wird später ausführlich berichtet werden.

*Genetische Ätiologie.* Zunächst behandeln wir die Ergebnisse der *Zwillingsuntersuchungen*, die auf die ganze Gruppe der Schizophrenien und nicht speziell auf die schizoformen Ich-Spaltungen bezogen wurden. Wir stützen uns hier auf die Zusammenstellung von O. v. VERSCHUER<sup>6</sup>.

Tab. 17. Erwartung der Schizophrenie für die Paarlinge von schizophrenen Zwillingsprobanden

Autor	Jahr der Veröffentlichung	Anzahl der Paare		Konkordanz in %	
		zweieiig	eineiig	bei den Zweieiigen	bei den Eineiigen
LUXENBURGER	1930	60	21	3,3	66,6
ROSANOFF	1934	101	41	10,0	67,0
ESSEN-MÖLLER	1941	24	7	16,7	71,4
SLATER	1951	115	41	14,0	76,0
KALLMANN	1952	685	268	14,5	86,2

Die eineiigen Paare weisen also eine Konkordanz von etwa  $\frac{2}{3}$  und  $\frac{3}{4}$  auf. Für die Rolle der Umwelt (Peristase) in der Entstehung schizoformer Erkrankungen sprechen folgende Tatsachen: Erstens, daß nach LUXENBURGER bei 34,4%, nach KALLMANN bei 13,8% *einer* der Paarlinge *nicht* schizophren wird. Zweitens, daß das klinische Bild der Schizophrenie auch bei den konkordanten eineiigen Zwillingen verschieden sein kann (ESSEN-MÖLLER, 1941, SLATER, 1953)<sup>7</sup>. In seinem Referat (1941–1950) schreibt M. BLEULER: «Je mehr man sich in diese Fragen ver-

<sup>1</sup> FREUD, S.: Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. Ges. Schr. Bd. VIII, S. 423.

<sup>2</sup> Ich-Analyse, S. 204–205.

<sup>3</sup> a) Schicksalsanalyse, II. Aufl., 1948, S. 320.

b) Ich-Analyse, 1956, S. 342.

<sup>4</sup> SEIDEL, R.: Experimentelle Existenzformenanalyse an einem Krankengut von 126 Epileptikern. Juris-Verlag, Zürich, 1962.

<sup>5</sup> LEDER, A.: Anfallsbilder epileptischer Erkrankung in psychodiagnostischer Sicht (Vortrag).

<sup>6</sup> v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 335 ff.

<sup>7</sup> Zitiert nach O. v. VERSCHUER, S. 336.

tief, um so mehr wird man sich damit abfinden müssen; daß Umwelt und Anlage nur am grünen Tisch unabhängig voneinander existieren, daß sie aber im Leben in mancher Hinsicht eine untrennbare Einheit bilden<sup>1</sup>.

Die andere Richtung in der Genetik, nämlich die *Familienforschung* (RÜDIN, KAHN, LANGE, LUXENBURGER, SCHULZ, HOFFMANN, ELSÄSSER usw.), hat das ursprüngliche Suchen nach dem *mendelschen* Erbgang der Schizophrenen nur teilweise eingestellt. LUXENBURGER und KALLMANN exponieren sich immer noch für einen rezessiven, LENZ, LANGE, BÖÖK, SLATER hingegen für einen unregelmäßigen dominanten Erbgang<sup>2</sup>. Die für die Rezessivität sprechende Blutsverwandtschaft der Eltern konnte KALLMANN bei seinem Material aus New York in 6% feststellen. STRÖMGREN (1938) fand das nämliche. Die Rolle des Genotropismus in der Partnerwahl der Schizophrenen wurde nach unserer Mitteilung von dem spanischen Psychiater R. REY-ARDID bestätigt<sup>3</sup>.

O. v. VERSCHUER betont die Entwicklungs labilität der genetischen Anlagen zur Schizophrenie wie auch ihre Abhängigkeit von Umweltseinflüssen. G. ELSÄSSER schreibt über die Nachkommen von beiderseitigen schizophrenen Eltern, daß ihre geisteskranken Kinder ebenfalls schizophren sind. Daß drei Fünftel der Kinder aus diesen Ehen nicht psychotisch erkranken und daß die Hälfte sogar völlig unauffällig ist, kann u. E. genau so als Folge einer Erkrankungswahrscheinlichkeit bei rezessivem Erbgang wie auch für die Rolle der Peristase ausgelegt werden. M. BLEULER betont in seinem Referat, daß die Familienforschung im letzten Jahrzehnt (1941–1950) zu einem Mittel geworden ist, die psychogenetische Arbeitshypothese über die Entstehung der Schizophrenie zu stützen<sup>4</sup>. Denn die Psychosen der Eltern oder Geschwister im Familienkreis können als psychische Traumata auf die Kinder einwirken. So verlockend auch diese Auffassung für die Ohren der Psychogenetiker und Peristatiker klingen mag, müssen wir doch auf Grund von Erbanalysen anderer psychischer Erkrankungen (Stottern, Migräne, Epilepsie)<sup>5</sup> vor dieser modernen Umkehr der Tatbestände warnen. Obwohl nicht zu leugnen ist, daß das Erleben eines seelisch-kranken Familienangehörigen traumatisch wirken kann, entsteht die gleiche seelische Erkrankung, wie unsere eigenen Untersuchungen erwiesen, *nur* bei denjenigen Mitgliedern der Familie, die erbbiologisch latente Konduktoren, d. h. Träger der gleichen familiären Erkrankung sind. Der Fall 23 in diesem Buch gibt ebenfalls ein Beispiel, daß nur Konduktoren der Schizophrenie sich in einer Paßenge ihres Daseins mit einem «persönlich erlebten» schizophrenen Mitglied der Familie «identifizieren» können. Unsere Kritik der Forschungen nach «Symptomtraditionen» im Sinne von A. MITSCHERLICH besteht eben darin, daß vor allem die Konduktornatur der Personen, welche die «Tradition» eines familiären Symptoms übernehmen und weitergeben, mit einer der Methoden auszuschließen sei, die wir zur Bestimmung der Konduktorschaft 1944–1948 systematisch ausgearbeitet haben<sup>6</sup>. Erst die exakte

<sup>1</sup> BLEULER, M.: Entwicklung der Schizophrenielehre. (Zusammen mit BENEDETTI, G., KIND, H., und MIELKE, F. B. Schwabe, Basel, 1960, S. 18.)

<sup>2</sup> Zitiert nach O. v. VERSCHUER, S. 339.

<sup>3</sup> REY-ARDID, R.: Contribución a la genética psiquiátrica. Arch. d. Neurobiología, T. 18, No. 1, 1955.

<sup>4</sup> BLEULER, M.: Zitierte Arbeit, S. 17.

<sup>5</sup> SZONDI, L.: Konstitutionsanalyse psychisch abnormer Kinder. C. Marhold, Halle a. d. S., 1933, S. 59–77.

<sup>6</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., 1948, B. Schwabe, Basel, S. 95–125. III. Aufl., 1963. Dritter Teil: Erb-analyse.

Ausschließung der Konduktornatur erlaubt es, von «Psychogenese» auch dort zu sprechen, wo in der Familie seelisch-krankte Mitglieder leben.

Es spricht vieles dafür, daß zur Lösung der Frage, was bei den Ich-Störungen vererbt und was erworben ist, bisher ein zu stark verwickelter Erscheinungskomplex (wie z. B. «die Gruppe der Schizophrenen») untersucht wurde. Würde man in dieser Hinsicht bescheidener sein und nur *reine Ich-Spaltungsformen* auf den Untersuchungstisch legen, welche – ohne klinische Diagnosen – nur auf Grund einer exakten Ich-Analyse festgestellt wurden, und würde man diese Ich-Spaltungen auch im Hinblick auf den physiologischen Ich-Entwicklungsgang eine längere Weile analytisch beobachten, so könnte man vielleicht über die Pathogenese der Ich-Störungen im Einzelfall mehr wissen als heute. Als Beispiel können wir hier auf den besprochenen Fall 12 hinweisen, bei dem eine transvestitische Inflation bis zum 31. Lebensjahr eine ernste Partizipations- und Inflations-Ich-Störung verursacht hat, die in der Regression zum projektiven Paranoid tendierte. Hier konnte man aber in der analytischen Ich-Therapie die zwei abgespaltenen Ich-Funktionen (Introjektion und Negation) – trotz dem Alter von 31 Jahren – nachträglich noch in die Umlaufbahn des Ich-Lebens einschalten und somit die ernste Ich-Störung beheben. Diese war u. E. erworben und nicht angeboren, wofür auch der Stammbaum des Falles spricht.

\*

*Klinische Formen.* Es wurde bereits erwähnt, daß jede projektiv-paranoide Ich-Spaltung biographisch auf eine Partizipationsstörung zurückgeführt werden muß. Man kann nämlich feststellen, daß die Störung der Partizipation in der Dualunion mit der Mutter oder mit der Schwester, dem Vater, dem Bruder usw. in der Regel noch *vor* dem Auftreten des projektiven Paranoids eingetreten ist. Ferner kann man von Störungen der Dualunion zwischen gleichgeschlechtlichen und zwischen andersgeschlechtlichen Individuen reden. Im ersten Fall ist die homosexuelle Bindung an den Dualpartner im Sinne von FREUDS Auffassung eine spätere Form des zweiten, bei welchem die Bindung noch eine inzestuöse Note trägt.

*Die klinischen Erscheinungen der Partizipationsstörungen mit projektiver Ich-Spaltung* zeigen folgende Formen:

*I. Doppelseitige Ich-Störungen der Dualpartner, d. h. «Folies à deux»* a) bei gleichgeschlechtlichen Individuen und b) bei andersgeschlechtlichen Personen.

*II. Solitäre projektiv-paranoide Ich-Spaltungen.* Die «Folies à deux»-Fälle zeigen oft folgende Vorgeschichte: Aus genotropen, aus sozialen oder anderen Gründen entsteht eine untrennbare Einheit zwischen Mutter und Tochter, z. B. nach der Scheidung der Eltern; oder zwischen Vater und Sohn nach dem Tode der Mutter. Diese Dualunion wird auch in den erwachsenen Jahren so unzertrennlich-intim gelebt wie in der Frühkindheit. Dann ereignet sich etwas, was die Dualunion plötzlich sprengt. Zum Beispiel will die verwitwete Mutter wieder heiraten, worauf die Tochter mit einer projektiv-paranoiden Ich-Spaltung reagiert; oder umgekehrt verläßt die Tochter die Mutter, und diese wird paranoid. Dasselbe geschieht auch bei dualunionistisch gebundenen gleichgeschlechtlichen Geschwistern.

Nach unseren Beobachtungen zeigt aber die Ich-Spaltung der Partner nach der Dualkrise nur selten die gleiche Form. *Die häufigste Spaltungsart bei dem Verlassenen ist die paranoide Projektion, bei dem Verlassenden hingegen die Zwangsspaltung, die*

aber nach unserer Erfahrung das latente Paranoid mit Zwang bezwingt. Die folgenden Fälle demonstrieren diese Vorgänge.

## 1. Beispiele zur Partizipationspsychose

*Fall 40. «Folie à deux» bei Mutter und Tochter.* Die 25jährige Studentin der Schauspielakademie in Budapest stammte aus einer wohlhabenden bürgerlichen Familie. Der Vater war Arzt und heiratete die Tochter eines reichen Gutsbesitzers. Die Eltern ließen sich – noch zur Zeit der Kindheit der Probandin – scheiden, wohnten aber in der gleichen Wohnung, in zwei Appartements, nebeneinander aber isoliert, da die Mutter nach der Scheidung die vornehme Wohnung nicht verlassen wollte. Die Probandin absolvierte nur zwei Gymnasialklassen und ging danach auf die Musikakademie. Sie wollte Pianistin werden. Zwischen ihr und der Mutter entwickelte sich nun eine Kette der Dualexistenz, die mit den Jahren immer stärker wurde. In dieser Dualunion spielte die Mutter die passive Rolle. Die Krise der Dualexistenz begann, als der Vater die Mutter aus der Wohnung verwies und versuchte, die Erziehung der Tochter selbst zu übernehmen. *Als Folge der Trennung wurde die Mutter projektiv-paranoid.* Sie fing an, gegen ihren geschiedenen Mann zu prozessieren. Als der Vater die Lawine von Prozessen nicht mehr aushielt, stellte er die Tochter unter Obhut der Mutter und distanzierte sich von beiden. Nun beginnt die Zeit der «Folie à deux». Die Mutter entwickelte ein Verfolgungssystem, in dessen Mittelpunkt die Tochter stand. Sie hegte die Idee, daß alle Männer ihre Tochter sexuell verfolgen. Erstaunlicherweise übernahm die Tochter restlos diesen paranoiden Ideenkomplex und fing an, ihr Leben dem Ideenkomplex entsprechend zu gestalten. Als die Mutter z.B. ihren Klavierlehrer an der Musikakademie anklagte, daß er ihre Tochter mit unsittlichen Angeboten verfolge, verließ sie ohne Bedenken die Musikakademie und begann ihr Studium an der Schauspielakademie. Oder, als sie im Schwimmbad den Sohn eines steinreichen Industriellen kennenlernte, machten beide aus einer banalen Bekanntschaft sofort einen paranoiden Ideenkomplex: Der «Nabob» wolle ihre Tochter heiraten, aber einer seiner Verwandten verhindere durch Ränkeschmieden die Ehe. Wenn ein Mann auf der Strasse die Tochter nur angeschaut hatte, griff die Mutter ihn sofort an, beschuldigte ihn, er wolle sie sexuell verführen und machte einen Skandal. Die Tochter hat diese schmeichelhaften Situationen von Herzen genossen und wiederholte wie ein Echo die paranoiden Anklagen der Mutter. All diese Ideen erzählte sie mir in den Sprechstunden, während die Mutter mit einem schwärmerischen Blick die Darstellung der Tochter mitanhörte und ergänzte. Obwohl sie zu dieser Zeit finanziell völlig ruiniert waren, und die Mutter wie eine Bettlerin aussah, war die Tochter übertrieben elegant gekleidet. Beide glaubten an eine glänzende Schauspielerinnenkarriere und waren blind gegenüber ihren krankhaften Komplexen und der trostlosen Lage ihrer Existenz.

Zur Genealogie dieser «Folie à deux» bemerken wir noch folgendes: Der Vater, der Arzt, hielt Rennpferde und hatte nur dafür Interesse. Auch seine zweite Frau war eine paranoide Querulantin. Ein Schwager, der Mann seiner Schwester, der zudem mit ihm blutsverwandt war, ist als Hochstapler paranoider Prägung zu bezeichnen. Eine ähnliche paranoide Figur stellte der Bruder der Mutter dar, der

das Vermögen der Eltern vertan hatte. Interessanterweise war die Bindung aller Mitglieder dieser Familie stets stärker an die Eltern als an die Ehepartner.

Da es schon aus finanziellen Gründen unmöglich war, die Tochter von der Mutter auch räumlich zu trennen, versuchte eine meiner damaligen Mitarbeiterinnen, sie aus dem Banne seelisch zu befreien. Dies scheint ihr gelungen zu sein, indem sie sich allmählich von der Mutter kühl abwandte und – im Gegensatz zu der vorangegangenen Dualexistenz – die Haltung der Mutter stark zu kritisieren begann.

\*

Ein zweites Beispiel für die Richtigkeit der Beobachtung, daß eine urtümliche Partizipationsphase der paranoiden Erkrankung vorausgeht, haben wir in der Ich-Analyse mitgeteilt<sup>1</sup>.

*Fall 41. Paranoide und Zwangssymptome bei einer Partizipationspsychotikerin.* Die 34jährige Schauspielerin lebte mit ihrer Mutter in einer krankhaften Partizipation. Plötzlich mußte sie das Zusammenleben mit der Mutter aufgeben, weil sie von der Zwangsidee befallen wurde, sie müsse diese töten. Damit die Tötungsgedanken nicht zur Tat würden, zog sie in ein Hotel. Danach entwickelte sie aber einen Projektionswahn: sie fühlte sich im Theater ständig beleidigt, beeinträchtigt, von ihren Kollegen verfolgt, so sehr, daß sie ihren Beruf aufgeben mußte.

In diesem Fall, ähnlich wie in dem im ersten Teil des Buches bereits mitgeteilten Fall 4, in dem eine Mutter den Zwangswahn entwickelte, sie müsse ihre kleine Tochter töten, lauert die unterdrückte lesbische Bindung hinter der Dualexistenz und – im Sinne S. FREUDS – auch hinter der paranoiden Ich-Spaltung. Für beide Fälle halten wir die Tatsache für charakteristisch, daß die zwei Frauen *durch Zwangsvorstellungen die paranoiden Projektionswahnvorstellungen eine Weile ersetzen konnten*. Die erwähnte 34jährige Schauspielerin entwickelte vor dem Paranoid die Zwangsidee, sie müsse auf der Straße Pferde- und Hundefaeces aufnehmen und essen. So oft sie auf der Straße das Stampfen von Pferdehufen hörte, überwältigte sie ein glückliches Empfinden. Ihre Analytikerin teilte mir mit, daß diese Zwänge sich nach einem Beischlaf mit einem Mann eingestellt hatten, bei dessen Gesicht sie stets an ein Tiergesicht denken mußte.

Eben diese komplementäre Beziehung zwischen dem Paranoiden und dem Zwang wurde von uns zu einer indirekten Therapie verwendet (siehe später).

*Fall 42. Zwangsneurose bei dem einen, paranoide Ich-Störung bei dem andern Partner nach Zerfall der partizipativen Dualunion.* Der nächste Fall soll die Möglichkeit demonstrieren, daß nach Zerfall einer partizipativen Dualunion der eine Dualpartner – zumeist der *Passive* – *paranoid* erkranken kann, während der *Aktive Zwangsneurotiker* wird. Hier werden somit die zwei komplementären Stücke des gespaltenen Ichs von den zwei Dualpartnern geteilt getragen – im Gegensatz zu dem vorangegangenen Fall, in dem die gleiche Person das zwanghafte und das paranoide Spaltungsstück sukzessiv selber zu tragen hatte. Der Fall wurde bereits in der «Schicksalsanalyse» als Beweis für den Zusammenhang zwischen der Wahl des Psychologen-

<sup>1</sup> Ich-Analyse. S. 434, Fall 50.

berufes und der Anlage zur paranoiden Schizophrenie in derselben Familie mitgeteilt<sup>1</sup>. Hier bringen wir aus dieser Familie (siehe Abb. 23, Stammbaum zum Fall 42) die Geschichte der Dualexistenz der zwei Brüder Nr. 30 und 33. Diese waren von Kindheit an mit der Partizipationskette einer Dualexistenz bis zu ihrem Eintritt in die Phase des Erwachsenseins untrennbar aneinandergebunden. Der jüngere Bruder (30) war das passive Mitglied der Dualunion. Als dann der ältere Bruder (33) sich von ihm getrennt hatte und eine erste Ehe einging, wurde Nr. 30 paranoid schizophren mit Verfolgungsideen und mußte interniert werden. Der Bruder, Nr. 33 – das aktive Mitglied der Dualunion –, verfiel hernach einer paranoid gefärbten schweren Zwangneurose. Er mußte jeden Gegenstand, der zum Stechen gebraucht werden konnte – Messer, Schere usw. von seinem Tisch, ja sogar von dem seines Verhandlungspartners in geschäftlichen Angelegenheiten – entfernen. Denn beim Anblick eines Stechinstrumentes befahl ihn die Zwangsvorstellung, er müsse die Person, mit der er eben im Gespräch stand, abstechen. Oft quälte ihn auch der Gedanke, er müsse sich mit seiner rechten Hand das eigene rechte Auge ausstechen. Dies erinnerte ihn an seine Mutter, der er oft zusah, wie sie das Auge eines Fisches herauschälte. Dieser Zwangsneurotiker wollte ursprünglich Amateurschächter der jüdischen Gemeinde in Budapest werden, wurde aber abgewiesen. Darauf erfand er folgende Lösung zur Befriedigung seines zwangshaften Blutdurstes. Da er verheiratet war und sein Geheimnis vor der Frau streng geheimgehalten hat, mietete er ein Absteigezimmer in der Stadt. Nach Abmachung mußte die Zimmervermieterin für ihn – auf Telefonanmeldung – ein Huhn, zwei Waschbecken – eines mit heißem und ein anderes mit kaltem Wasser – und ein scharfes Messer vorbereiten. Er kam an, schlachtete das Huhn, ließ das Blut in das kalte Wasser fließen, wusch sich befriedigt die Hände mit warmem Wasser und ging – bis zum Wiederkommen – vergnügt weg.

Dieses Beispiel demonstriert die von uns beschriebene Form der «Folie à deux», bei der nur der eine der Partner projektiv-paranoid erkrankt; der andere, der aktivere, hingegen das Paranoide mit Zwängen abzuwehren vermag. Das heißt: er ist imstande, statt der paranoiden eine zwangsartige Spaltung zu «wählen».

Der Stammbaum dieser Familie, im besonderen die zweite Ehe des zwangsneurotischen Bruders (33), beweist dennoch, daß diese Zwangsspaltung das urtümliche Paranoide ersetzt. Wir zählen die paranoiden Erkrankungen in der Familie auf: Nr. 3: Dementia senilis paranoides bei der väterlichen Großmutter der Dualpartner (30–33). Nr. 4: ebenfalls paranoid-dement war die mütterliche Großmutter der zweiten Frau des Zwangsneurotikers. Nr. 18: schwer paranoid, sie ist die mütterliche Tante der Brüderprobanden. Nr. 24: paranoid schizophren, der väterliche Onkel der zweiten Frau. Nr. 30: paranoid schizophren war auch der passive Dualpartner. Nr. 35: paranoid verrückt der Bruder der ersten Frau des Zwangsneurotikers (Nr. 33). Nr. 39: litt ebenfalls an paranoider Schizophrenie; er war der Bruder der zweiten Frau des Zwangsneurotikers (33). Nr. 40, also die Cousine der zweiten Frau des Probanden Nr. 33, war schizophren erkrankt.

Von schicksalsanalytischer Sicht ist noch zu vermerken, daß aus dieser paranoiden Familie die Schwester (Nr. 31) der zwei dualunionistisch aneinander gebundenen Brüder, eine Mathematikerin, sich einer psychoanalytischen Behandlung un-

<sup>1</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., 1948, S. 321–323, Fall 65, Stammbaum 65.



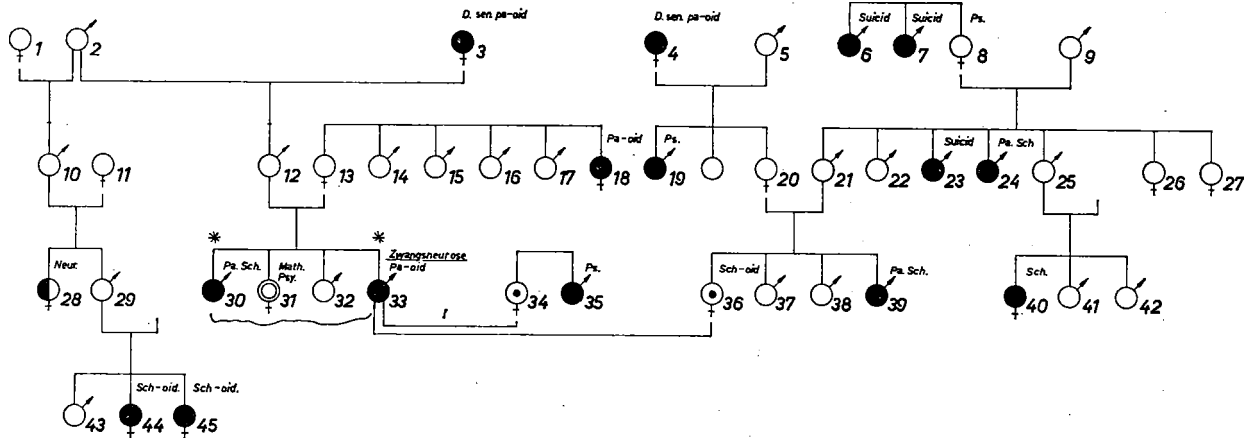


Abb. 23. Stammbaum zum Fall 42

terworfen hat, weil sie *Psychoanalytikerin* werden wollte. Den Zwangsneurotiker schickte ich ebenfalls in Analyse, die ihn nach vielen Jahren von den Tötungszwängen befreit hatte; er frönte danach zwar anderen Zwangshandlungen, die aber weniger asozial waren.

\*

Die dargestellten Fälle sollen hier nur als Paradigmen eines großen Erfahrungsgutes von Krankengeschichten und experimentellen Ich-Analysen dienen, das wir seit 1937 aus verschiedenen psychiatrischen Kliniken verschiedener Länder bis heute sammeln und seit 1958 im Archiv der Internationalen Forschungsgemeinschaft für Schicksalspsychologie aufarbeiteten. Dazu gesellen sich die klinischen Erfahrungen der ich-analytisch behandelten Fälle, teils von mir<sup>1</sup> in einer Privatklinik der Schweiz (1945–1946), teils von meinen Mitarbeitern, im besonderen an der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel unter Leitung von Prof. J. E. STAEBELIN und dann P. KIELHOLZ (L. WURMSER<sup>2</sup>, M. GSCHWIND<sup>3</sup>, M. STRÄSSLE<sup>4</sup>).

Die ich-analytische Basis, auf der die projektiv-paranoide Ich-Spaltung fußt, ist u. E. eine allmenschliche, urförmige Ich-Phase, und zwar die des Partizipationsdranges. *Dieser Drang nach Eins-, Gleich-, Verwandt- und Vereintsein mit dem anderen Ich (mit dem Du) zeigt nun bei den Projektiv-Paranoiden eine außergewöhnliche, krankhafte hereditäre Triebstärke, die nie befriedigt werden kann.* Daher die Anhäufung der Paranoiden unter den Bluts- und Wahlverwandten dieser ich-gestörten Menschen (Fall 40, 42).

Die Psychogenese dieser Ich-Störung besteht in der Krise der Dualunion; dagegen ist die Ätiologie der pathologischen Triebstärke der Partizipation von familiärer, genetischer Herkunft.

Die Therapie der projektiv-paranoiden Ich-Spaltungen muß der Psychogenese entsprechend die besondere Form einer *Partizipationstherapie* annehmen, in der einerseits der krankhaft gesteigerte Drang des Patienten nach Partizipation mit dem Therapeuten teilweise befriedigt werden kann, andererseits aber *danach eine spezielle ich-analytische Therapie mit der Zielsetzung durchgeführt werden muß, die abgespaltenen Ich-Funktionen mit Hilfe der ich-analytischen Traumdeutungen<sup>5</sup> in die Umlaufbahn des Ichs wieder einzuschalten.* (Als Beispiel dazu diene die dargestellte Ich-Therapie im Fall 12, 15.)

Die Vermutung scheint uns der Wahrheit näherzurücken, daß nämlich diese Ich-Störungen oder Ich-Spaltungen auf die bereits hervorgehobenen zwei Momente zurückzuführen sind und zwar:

1. auf die persönlich erlebte Krise und den Zerfall der Dualexistenz in Form der Partizipation;

<sup>1</sup> SZONDI, L.: a) Heilwege der Tiefenpsychologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 90 ff.

b) Ich-Analyse, 1956, S. 74 ff.

c) Die Anwendung der Psychoschocktherapie in der Psychoanalyse. Acta Psychother. Basel-New York, Vol. V, 1, 1957.

<sup>2</sup> WURMSER, L.: Über die Entfremdung. Szondiana III. Bericht über das II. Kolloquium der Int. Forschungsgem. f. Schicksalspsychologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1962, S. 96 ff.

<sup>3</sup> GSCHWIND, M.: Die Formen der Somatisierung. Szondiana III. S. 243.

<sup>4</sup> STRÄSSLE, M.: Ein Fall von Angstneurose mit kainitischen Zügen. Vortrag, gehalten am Psychotherapeutischen Seminar, am 19. Januar 1960.

<sup>5</sup> Ich-Analyse, 1956. Beispiele für die Anwendung der Partizipationstheorie des Traumes. S. 473 ff.

2. auf die hereditäre Triebstärke des Ichs bezüglich des Eins-, Gleich-, Verwandt- und Vereintseins mit dem anderen.

## 2. Therapie der Ich-Spaltungen

Die Grundprinzipien wie auch die Etappen des Heilprozesses sind bei allen krankhaften Spaltungsarten die nämlichen. Deshalb versuchen wir hier zuerst ein allgemeines Schema für die Therapie der Ich-Spaltungen zu entwickeln und danach das Spezifische für die verschiedenen Spaltungsstörungen hervorzuheben.

### *Schema des Heilverfahrens bei den Spaltungsstörungen des Ichs*

*Erste Phase: Die Partizipationstherapie:* Herstellung der Partizipation in der Dualexistenz zwischen dem Kranken und dem Therapeuten.

*Zweite Phase: Ich-Analyse:* Herstellung der Umlaufbahn der elementaren Ich-Funktionen.

1. durch schrittweise vollführte Einschaltung der abgespaltenen Elementarfunktionen; oder

2. durch künstliche – oft schockartige – Umdrehung der Spaltstücke auf der Drehbühne des Ichs; oder aber

3. durch Vertauschung der aktuellen krankhaften Existenzform mit einer bisher latenten, ertragbaren Existenzform.

*Dritte Phase: Sozialisierung bzw. Sublimierung* der krankhaften Ich-Existenzen nach dem Prinzip des Operotropismus; kurz: *die adäquate Arbeitstherapie.*

Zu beachten ist hier die Tatsache, daß man nur bei einem Bruchteil der Ich-Gestörten alle drei Phasen in der Behandlung mit Erfolg durchführen kann. Ein Optimismus wäre heute eine Übertreibung.

### *Erste Phase: Die Partizipationstherapie*

Unter dem Begriff «Partizipationstherapie» fassen wir jene Behandlungsverfahren zusammen, welche das Ziel verfolgen, die zwischenmenschliche Kommunikation durch die urtümliche Mutter-Kind-Einheit zwischen dem Kranken und dem Therapeuten wiederherzustellen. Der Kern dieser Partizipationstherapie ist somit die Dualunion, die Dualexistenz zwischen dem Analysanden und dem Therapeuten. Von der langen Reihe dieser Behandlungsweisen erwähnen wir hier nur die folgenden:

1. *Die «Nurse»-Therapie* von P. FEDERN (siehe später), 2. *Die Entspannungstherapie* von A. FERENCZI. Hier soll der Patient in der Analyse seine Kindheit noch einmal durchleben, aber diesmal mit «besseren Eltern». Er ließ deshalb die erwachsenen Patienten mit Puppen spielen, in Babysprache sprechen usf. 3. *Die «direkte Analyse»* nach J. ROSEN<sup>1</sup> und G. BENEDETTI<sup>2</sup>. 4. *Die symbolische Wunsch-*

<sup>1</sup> ROSEN, JOHN: Treatment of Schizophrenic Psychosis by Direct Analytic Therapy. Psychiatric Quarterly, Vol. 21, 1947.

<sup>2</sup> BENEDETTI, G.: a) Psychotherapie der Schizophrenie. Nervenarzt 25, 1954.

b) Psychotherapie einer Schizophrenen. Psyche 8.

c) Die Welt der Schizophrenen und deren psychotherapeutische Zugänglichkeit. Schw. med. Wschr. 84, 1954.

d) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Schizophrener. Bull. Schweiz. Akad. med. Wiss. 11, 1955 usf.

*erfüllungstherapie* nach M.-A. SECHEHAYE<sup>1</sup>. 5. Das Psychodrama MORENOS. 6. *Die Sozialtherapie* im Sinne des zwischenmenschlichen Kontaktfeldes nach H. S. SULLIVAN<sup>2</sup>, FRIEDA FROMM-REICHMANN<sup>3</sup>, L. B. HILL<sup>4</sup> und anderen. Ferner *die Kultur-analyse* nach ERICH FROMM<sup>5</sup>, KAREN HORNEY<sup>6</sup>, A. KARDINER<sup>7</sup>.

Es ist nicht unsere Aufgabe, auf die einzelnen Richtungen einzugehen. Wir müssen teils auf die Originalarbeiten (siehe Fußnoten), teils auf die kritischen Darstellungen dieser Richtungen von CLARA THOMPSON<sup>8</sup>, PETER R. HOFSTÄTTER<sup>9</sup> und ERWIN STENGEL<sup>10</sup> (Sheffield, England) hinweisen und uns damit begnügen, die Leitprinzipien der Partizipationstherapie in einigen Punkten straff darzustellen.

Als Ideal der Partizipationstherapie schwebt den Psychotherapeuten vor, die nährnde, pflegende, hilfebringende Mutter des Patienten zu werden. Die Kontaktnahme mit dem Kranken sollte zeitlich fast unbeschränkt sein, und die Dualexistenz mit ihm entsprechend einer Mutter-Kind-Geborgenheit erlebt und miterlebt werden. Daß dieses Streben in der Praxis von diesem Ultra-Ideal abweichen muß und nur mit großen Einschränkungen durchgeführt werden kann, darf uns nicht entmutigen. *Zu betonen sei, daß die Unbegrenztheit der Dualexistenz in bezug auf Zeit und Raum zwischen Therapeut und Kranken faktisch dennoch der ausschlaggebende Faktor der Heilung bleibt.*

Die Erfahrung P. FEDERNS, «daß sich bei einem vorgeschrittenen psychotischen Fall ohne Hilfe einer mütterlichen Frau kein Erfolg erzielen läßt» bewog ihn dazu, daß er den Psychotiker nach der analytischen Stunde einer weiblichen Fürsorge- oder Pflegeperson übergab, die dann durch ihre Mütterlichkeit die Kontinuität der Dualunion weiter aufrechterhielt («Nurse-Therapie»)<sup>11</sup>. JOHN ROSEN hat dann diese kontinuierliche Partizipationstherapie bis zu den äußersten Grenzen der Ertragbarkeit durchgesetzt. Da ROSEN statt der freien Assoziationsmethode die Verhaltensweise, die Trugwahrnehmungen und Wahnideen als die direkten Kundgebungen des Ubw auffaßte, nannte er seine Methode auf Anregung von P. FEDERN «*die direkte Analyse*».

Dasselbe Heilprinzip wurde aus den USA von anderen Ländern übernommen, so z. B. in der Schweiz von G. BENEDETTI, der in seinem Referat (1951–1955) über diese Bestrebungen folgendes sagt: «Aus diesen Einsichten ergibt sich die thera-

<sup>1</sup> SECHEHAYE, M.-A.: Die Symbolische Wunscherfüllung. Huber, Bern und Stuttgart, 1955.

<sup>2</sup> SULLIVAN, H. S.: Conceptions of Modern Psychiatry. The William Allanson White Psych. Foundation, Washington, 1947.

<sup>3</sup> FROMM-REICHMANN, FRIEDA: Remarks on the Philosophy of Mental Disorder. A Study of Interpersonal Relations. Hermitage Press, Inc. New York, 1949.

<sup>4</sup> HILL, L. B.: Der psychotherapeutische Eingriff in die Schizophrenie. G. Thieme, Stuttgart, 1958.

<sup>5</sup> FROMM, ERICH: a) Escape from Freedom. New York, 1941.

b) Man for Himself. Rinehart & Co., Inc., New York, 1947.

<sup>6</sup> HORNEY, KAREN: New Ways in Psychoanalysis. W. W. Norton & Co., Inc., New York, 1939.

<sup>7</sup> KARDINER, A.: a) The Individual and his Society. Columbia Univ. Press, New York, 1939.

b) The Psychological Frontiers of Society, with collaboration of LINTON, K. DuBois, CORA, and WEST, J. Columbia Univ. Press, New York, 1945.

<sup>8</sup> THOMPSON, CLARA, in Zusammenarbeit mit Patrick Mullahy: Die Psychoanalyse. Pan Verlag, Zürich, 1952.

<sup>9</sup> HOFSTÄTTER, P. R.: Die amerikanischen Tochtterschulen der Psychoanalyse. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. 3. Spezielle Psychotherapie I, S. 507 ff. 1960.

<sup>10</sup> STENGEL, E.: Neurosenprobleme vom angloamerikanischen Gesichtspunkt. S. 203 ff. Psychiatrie der Gegenwart. 1950, Bd. II.

<sup>11</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 159.

Tab. 18. Schema der Heilwege bei den Spaltungsstörungen des Ichs

<i>Erste Phase: Partizipationstherapie:</i>	
<i>Aktive, analytische Methoden:</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nursetherapie nach P. FEDERN</li> <li>2. Entspannungstherapie nach S. FERENCZI</li> <li>3. Direkte Analyse nach J. ROSEN, G. BENEDETTI usf.</li> <li>4. Symbolische Wunscherfüllungstherapie nach M.-A. SECHEHAYE</li> <li>5. Psychodramatherapie nach MORENO</li> </ol>
<i>Soziale, kulturelle Methoden:</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Zwischenmenschliche Kontakttherapie nach H. S. SULLIVAN, FRIEDA FROMM-REICHMANN, L. B. HILL usf.</li> <li>7. Kulturanalyse nach E. FROMM, KAREN HORNEY, A. KARDINER usf.</li> </ol>
<i>Zweite Phase: Ich-Therapie in der Schicksalsanalyse:</i>	
<i>Indirekte Methoden:</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einschaltung der abgespaltenen Elementarfunktionen des Ichs</li> <li>2. Künstliche, schockartige Umdrehung der Spaltungsstücke</li> <li>3. Vertauschung der Existenzformen</li> </ol>
<i>Dritte Phase: Arbeitstherapie durch Sozialisierung bzw. Sublimierung</i>	

peutische Notwendigkeit, den Kranken zunächst jene Grunderfahrungen der Geborgenheit und der Kontaktnahme zu ermöglichen, ohne welche sie kaum zu sich selber kommen und ohne welche sie nicht zu einer therapeutischen Mitarbeit sinnvoll angefordert werden können<sup>1</sup>.» LEWIS B. HILL<sup>2</sup> hat in seinem Buch ein Kapitel über «Die Mütter von Schizophrenen» und ein anderes über «den Beitrag des Psychotherapeuten» in der Psychotherapie geschrieben. Durch diesen fast übermenschlichen Einsatz des Therapeuten, den man bewundern muß, wird die Partizipationstherapie in der Tat zu einem *Leiden zu zweit*, zu einem Ringen Kopf an Kopf für die seelische Gesundheit *beider*. G. BENEDETTI und andere betonen mit Nachdruck die Wichtigkeit, daß der Therapeut – «angesichts der großen Bedeutung der Gegenübertragung in der Schizophrenentherapie» eine analytische Kontrolle durch einen erfahrenen Kollegen benötigt (G. BENEDETTI, H. ELLENBERGER, FRIEDA FROMM-REICHMANN, S. SILVERMAN und A. Z. MUTTER)<sup>3</sup>.

Die Gefahr einer maßlosen Gegenübertragung und eines Gegenagierens seitens des Therapeuten in der Partizipationstherapie wird u. E. – wie wir im Kapitel XXI erörterten – eben durch den Umstand äußerst erhöht, daß ein großer Teil dieser berufenen Therapeuten ihren Beruf unbewußt auf Grund einer latenten Anlage bzw. Konduktorschaft der Schizophrenie gewählt haben. Diese latente schizoforme Konduktornatur befähigt sie in einem gefahrbringenden Maße zur Quasi-identität (C. G. JUNG) mit ihren Patienten. Sie können in der Tat durch diese maßlose Partizipation mit dem psychotischen Patienten episodisch selber psychotisch werden. Darum eben halten wir es für notwendig, daß jene Psychotherapeuten, die Schizophrene behandeln, sich selber einer schicksalsanalytischen Behandlung unterwerfen, in der sie einerseits mit ihren eigenen schizoformen Ahnenansprü-

<sup>1</sup> BENEDETTI, G., und Mitarbeiter: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Benno Schwabe, Basel, 1960, S. 109.

<sup>2</sup> HILL, B. L.: Der psychotherapeutische Eingriff in die Schizophrenie. Thieme, Stuttgart, 1958.

<sup>3</sup> Zitiert nach G. BENEDETTIS Referat (1951–55), S. 111. Siehe hier auch die Literatur.

chen konfrontiert werden, andererseits an sich selber erleben können, in welcher Weise man diese Ansprüche zu sozialisieren vermag. Wir geben hier ein Beispiel:

*Fall 43. Psychiatrische und psychoanalytische Berufswahlen in einer Familie mit überdurchschnittlicher Anhäufung von paranoider Schizophrenie.* In der Schicksalsanalyse<sup>1</sup> haben wir eine durch Ehe und Freundschaft zusammengeballte Menschenkongglomeration von 517 Individuen schicksalsanalytisch untersucht, von denen 31, also grob-empirisch etwa 6%, geisteskrank, überwiegend paranoid Schizophrene waren. In der Durchschnittsbevölkerung fanden RÜDIN und LUXENBURGER 0,85% Schizophrene. In dieser Menschengruppe von Bluts- und Wahlverwandten war die Häufigkeit der Psychoanalytiker und Psychiater auffallend hoch. Einer dieser Psychiater war mit P. FEDERN zusammen ein Vorkämpfer der psychoanalytischen Behandlung von Schizophrenen. Ein Bruder dieses außerordentlich begabten Schizophrenietherapeuten war in derselben Anstalt als paranoid Schizophrener interniert, wo dieser später Oberarzt und am Ende seines Lebens selber mit der Diagnose Dementia senilis paranoides Patient wurde. Dieser Psychiater hat mich mehrmals – ohne sich anzumelden – plötzlich in meiner Sprechstunde aufgesucht, weil er seine Angst vor der Psychose nicht mehr ertrug. Mit einer kurzen Schicksalsanalyse gelang es mir, ihn wieder arbeitsfähig zu machen. Er erkrankte zuletzt dennoch selber, nachdem er seine Frau durch den Tod und auch mich durch Auswanderung verloren hatte. Er stand damals im Alter von mehr als 70 Jahren.

Die Partizipationstherapie sollte somit niemals maßlos und ohne Selbst- oder Fremdkontrolle ausgeübt werden. Der Therapeut muß in der Dualexistenz mit dem Patienten ständig bewußt den Drang nach Quasi-Identität bewältigen bzw. reduzieren können.

Diese oft tragischen Erfahrungen beweisen, daß es sich bei der Partizipationstherapie nicht nur um eine libidinöse Übertragung und Gegenübertragung, nicht nur um ein Agieren und Gegenagieren auf Grund einer Liebe-Haß-Beziehung im Rahmen einer Psychoanalyse handelt. *Partizipation ist ja u. E. viel mehr als Übertragung oder Gegenübertragung in einer gewöhnlichen Psychoanalyse*; die Kontaktbeziehung geht dabei meistens viel weiter als eine Libidoübertragung und Gegenübertragung! Sie geht bis zur Verschmelzung zweier Ichs, bis zur Aufhebung der Ich-Du-Spalte, d. h. bis zum völligen Eins- und Gleichsein zweier Ichs. Deshalb wollen diese Patienten so oft später Analytiker werden, und deshalb steht der Partizipationstherapeut so oft in Gefahr, durch die Dualexistenz selber seelisch zu erkranken (vgl. hiezu Kapitel XXXIII).

Daß die Psychogenese der Spaltungspsychose nicht auf rein libidinöser Basis fußt, beweisen auch jene Fälle, in denen die Mutter-Kind-Beziehung in der Phase der Erkrankung zu einer natürlichen Realisierung des Inzestes geführt hatte. Mir sind zwei solche Fälle durch Mitteilungen von Psychoanalytikern bekannt. In dem einen hat die verzweifelte Mutter ihren Sohn in einem schizophrenen Schub zu sich ins Bett genommen, da sie hörte, daß die Verdrängung der Inzestliebe ihn seelisch krank gemacht haben sollte. Später erlitt er dennoch weitere Schübe. Der andere Fall endete noch tragischer. Eine Mutter erlaubte dem präschizophrenen Sohn,

<sup>1</sup> Schicksalsanalyse. B. Schwabe, Basel, II. Aufl., 1948, S. 179–209, Tab. 10 (S. 206) und Stammbaum 26 a, b, c.

daß er sich im Bett mit dem Rücken auf ihren Körper lege, wobei sie in dieser Lage am Glied des Sohnes masturbierte. Nach dem plötzlichen Tod der Mutter beging der Sohn Selbstmord. Unseres Erachtens will der gespaltene Mensch nicht – oder nicht nur – libidinös, d. h. sexuell, sondern *ich-haft, also partizipativ* mit dem anderen eins- und gleichsein. Darum helfen die libidinösen Befriedigungen diesen Kranken gar nichts.

Auf Grund der vorangehenden Erörterungen hegen wir die Meinung, daß die Partizipationstherapie keine technische Modifikation der *freudschen* Psychoanalyse sei. *Sie ist überhaupt keine Psychoanalyse.* Durch das Agieren und Gegenagieren wird sie zu einer maximal bewußten und aktiven Therapie. Sie fußt nicht auf der Libidotherapie und Verdrängungshypothese, sondern auf der Ich-Theorie der Partizipation. Sie arbeitet nicht mit Traumdeutungen und meistens auch nicht mit der Methode der freien Assoziation, sondern mit der aktiven Zärtlichkeit und der passiven Hingabe einer Mutter, d. h. mit dem Nähren, Pflegen, Hilfebringen usw. P. R. HOFSTÄTTER schreibt: «Vielleicht hängt allerdings gerade damit FREUDS oft wiederholte Befürchtung zusammen, daß in Amerika das Gold der Psychoanalyse durch fremdartige Zusätze verunreinigt werden könnte. Sofern er dabei an den Prozeß der Einschmelzung seiner eigenen Theorien in die allgemeine Psychologie und Psychiatrie gedacht haben sollte, war seine Sorge freilich durchaus berechtigt<sup>1</sup>.» Der Umstand, daß die Partizipationstherapie keine psychoanalytische Behandlungsweise ist, darf aber niemanden davon abhalten, sie überall dort anzuwenden, wo man den Kranken nur durch diese Art von Eins- und Gleichsein mit dem anderen Mitmenschen vor den Folgen der Vereinsamung und der Adaptationsunfähigkeit zu retten vermag. Das tat auch S. FERENCZI trotz der ernststen Gefahr, daß der Meister ihn fallen ließ. Über diese Gefahr schreibt S. FREUD in dem Gedenkartikel zum Tode S. FERENCZIS: «Nach dieser Höhenleistung eignete es sich, daß der Freund uns langsam entglitt . . . Man erfuhr, daß ein einziges Problem sein Interesse mit Beschlag belegt hatte. Das Bedürfnis zu heilen und zu helfen war in ihm übermächtig geworden. Wahrscheinlich hatte er sich Ziele gesteckt, die mit unseren therapeutischen Mitteln heute überhaupt nicht zu erreichen sind. Aus unversiegten affektiven Quellen floß ihm die Überzeugung, daß man bei den Kranken weit mehr ausrichten könnte, wenn man ihnen genug von der Liebe gäbe, nach der sie sich als Kind gesehnt hatten<sup>2</sup>.» Die Zukunft hat – trotzdem – die Strebungen S. FERENCZIS gerechtfertigt.

### *Zweite Phase: Die Ich-Analyse*

Wir sind der Meinung, daß die Herstellung einer partizipativen Dualexistenz zwischen Patient und Arzt eine *conditio sine qua non* in der Behandlung aller schizoformen Spaltungsstörungen sei. Die nächste Frage ist, ob die Partizipations-therapie allein zur dauerhaften Resozialisierung und Adaptation genüge. Die Erfahrungen der letzten zwei Jahrzehnte über die Rückfälle sprechen dagegen. Es ist schon möglich – im besonderen bei einfachen Menschen – im Rahmen der eigenen oder in dem einer fremden Familie eine Person zu finden, die an Stelle des Therapeuten nach der Behandlung die heilende Dualunion mit dem Kranken

<sup>1</sup> HOFSTÄTTER, P. R.: Zitierte Arbeit, S. 508.

<sup>2</sup> FREUD, S.: Sándor Ferenczi. Ges. Schr. Bd. XII, S. 399.

weiter aufrechtzuhalten vermag. In dieser günstigen Situation reintegriert sich das kranke Ich auf der primitiven Stufe der Partizipation und kann, als Dualpartner – an der Sozietät – ähnlich wie der Naturmensch an der Solidarität des Klans, partizipativ anteilnehmen und anteilgeben. Bei differenzierteren Kranken gelingt dies nicht. Hier müssen deshalb nach der Partizipationsphase die sogenannten *indirekten Methoden der Schicksalstherapie* angewendet werden, an erster Stelle jene, welche Aufbau und Fortentwicklung des Ichs sichern.

1. *Die Einschaltung der abgespaltenen Ich-Funktionen* ist stets die Ich-Therapie, welche gegen die Rückfälle die größte Sicherung zu geben vermag. Der dargestellte Fall 12 (Transvestitismus)<sup>1</sup> kann hier als Paradigma für die therapeutische Ich-Analyse dienen. Gelingt aber der Versuch nicht, auf rein analytischem Wege durch Ich-Träume und ihre Auslegung die Umlaufbahn des Ichs schrittweise zu integrieren, so müssen wir zu andersartigen Heilverfahren der Schicksalstherapie greifen.

2. *Die künstliche, oft schockartige En-bloc-Umdrehung der Spaltstücke des Ichs* kann uns gelegentlich durch die sogenannte «Psychoschocktherapie» gelingen (siehe Kapitel XVI).

Bei der projektiv-paranoiden Spaltung ist das abgespaltene Gegenstück des Ichs der Arbeitszwang. Die Aufgabe dieser Therapie besteht somit bei Paranoiden darin, den – bis dahin hintergründigen – *Arbeitszwang* in den Vordergrund zu bringen. Im Arbeitszwang erlebt und benützt das Ich eben die von der paranoiden Projektion abgespaltenen Elementarfunktionen. Zuerst die Inflation: Durch die künstliche Umdrehung des Ichs machen wir in der Schicksalstherapie aus dem arbeitsunfähigen projektiven Menschen eine inflative, besessene Person. Danach zerlegen wir die zwei widersprüchlichen Tendenzen der Besessenheit, machen die Widersprüche bewußt und «üben» den Kranken darin, daß er von den zwei Strebungen die eine zu bejahen und zu verwirklichen, auf die andere Tendenz hingegen zu verzichten vermag. *Diese ich-analytische Verstärkung des Ichs durch Bewußtmachung seiner Elementarfunktionen kann uns aber erst nach der künstlichen Umdrehung gelingen*, also in einer Phase, in der die Besessenheit durch die Umdrehung des Ichs schon zum Arbeitszwang geführt hat. Die Technik ist somit die: Zuerst drehen wir durch aktive Psychoschockierung den Paranoiden um; danach lassen wir ihn von einer Idee besessen werden und schalten schließlich die bewußte Zwangskontrolle über die Besessenheit ein und sorgen dafür, daß ihre Inhalte zwanghaft verwirklicht werden. Die Arbeit, die der Patient auf sich nimmt, muß unbedingt auf die Dauer den Charakter eines Zwanges tragen, sonst erscheint wieder das andere Spaltstück: das Paranoid.

Bei begabten Paranoiden konnten wir das Zwangsarbeiten auf ein Gebiet eines literarischen oder wissenschaftlichen Werkes oder auf das des Modellierens, Malens, Klavierspielens usf. lenken. Bei Rückfällen muß natürlich entweder eine neue Psychoschocktherapie oder eine der nachfolgenden Methoden angewendet werden:

*Fall 44. Umdrehung des Paranoiden ins Zwangsarbeiten.* Ein etwa 50jähriger Mann, Professor der theoretischen Physik, lebte mit der Tante – der Schwester seiner verstorbenen Mutter – in einer frühkindlichen partizipativen Dualunion. Diese

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch Fall 8 im Kapitel VI.



Dualexistenz ging so weit regressiv, daß der fünfzigjährige ledige Gelehrte sich jeden Morgen sein Suspensorium durch die Tante anschnallen ließ, während er nackt vor ihr stand. Dabei hielt er auf der Universität stets mit einem seiner Assistenten eine Nebenpartizipation aufrecht. Sooft sich hier eine Krise einstellte, wurde er arbeitsunfähig und hegte Verfolgungsideen. Nach mehreren Schüben gab ich ihm den Rat, ein großangelegtes Buch über die moderne Physik zu schreiben, das ihn mehrere Jahre beschäftigte. Solange er mit Zwang daran arbeitete, fiel er nicht in das Paranoide zurück.

Der Analytiker kann – unter Umständen – die partizipative Rolle auch auf einer geistigen Höhe ausüben. Und zwar in der Weise, daß er an dem Fortschreiten der Arbeit aktiv teilnimmt, sich kontinuierlich referieren läßt, ja sogar den Plan für die Fortsetzung der Arbeit mit dem Kranken bespricht. Im Laufe der Zeit habe ich auf diese Art die «Mutterschaft» auf schöpferisch-geistiger Ebene bei einer Reihe von literarischen, kunst- und religionshistorischen Werken (Fall 15), ferner wissenschaftlichen Forschungsarbeiten übernommen und mit dem Kranken diese höhere, ideelle Partizipation an der Zwangsarbeit aufrechterhalten. Natürlich sind daraus keine unsterblichen Werke entstanden. Das Ziel war ja auch nicht dies. Indessen mußten wir uns bewußt über die Regel der klassischen Psychoanalyse hinwegsetzen. Für uns war aber nicht das Aufrechterhalten einer klassischen Technik wichtig, sondern die Sicherung der Resozialisierung in Form des Arbeitszwanges.

Bei Rückfällen muß natürlich entweder eine neue Psychoschocktherapie oder eine der nachfolgenden Methoden angewendet werden:

3. *Die Vertauschung der aktuellen krankhaften Existenzform mit einer anderen, bisher latenten aber ertragbareren.* Die Bedingungen dieses Verfahrens wurden bereits erörtert. Wir müssen während der Analyse alle Ahnenschicksale und Ahnenfiguren, die in den Träumen und Einfällen auf der Couch erscheinen, genau beobachten, sie dann mit dem Stammbaum und den Ergebnissen der experimentellen Existenzformen des Kranken vergleichen, um zuletzt – in einem richtig gewählten Moment – mit dem Analysanden alle diese Möglichkeiten durchzuarbeiten. Wichtig ist, daß der Patient und nicht etwa der Therapeut die Wahl einer neuen Existenzform fällt (vgl. hierzu Fall 14 mit einer *Pseudoangina pectoris*).

Die Ergebnisse der experimentellen Existenzanalysen an Paranoiden (siehe Fall 11, 12) dienen dem Schicksalsanalytiker zur Kontrolle der Prognose, ob die neugewählte Existenzform nach der Empirie eine Chance hat, die vorangegangene schwere Ich-Störung auf eine längere Weile, eventuell auf die Dauer, zu ersetzen und die Lage des Patienten in der Sozietät zu verbessern.

Oft ist es sehr schwer zu unterscheiden, wie weit die «neue» Existenzform das komplementäre Stück zu dem vorangegangenen schwerkranken Spaltstück als Kern schon in sich trägt oder wie weit sie etwas völlig Andersartiges darstellt. Auf Grund unserer Forschungen über die experimentellen Komplementschicksale kann man z. B. mit Sicherheit behaupten, daß das «Zwangsarbeiten» das komplementäre Ich-Stück zum Paranoiden darstellt. Es kann aber auch zu einer globalen Zwangsexistenz gehören wie in den Fällen 4 und 26. Das Paranoide – im besonderen seine inflative oder projektiv-inflative Form – ist eher mit einer *paroxysmalen Existenz* vertauschbar, die als Kernstück wieder das abgespaltene Hinterstück des gleichen Ichs darstellen kann (Fälle 24, 25).

Aus diesen theoretischen Auseinandersetzungen erhellt die Tatsache, daß die von uns schematisch aufgestellten «indirekten» Heilmethoden miteinander ich-strukturell eng verbunden sind. Deshalb fällt es theoretisch schwer, die Umdrehungserscheinungen im Ich-Leben von den Phänomenen der Vertauschung ganzheitlicher Existenzformen zu trennen. Für den Patienten ist aber nicht die Theorie, sondern einzig und allein der Erfolg der Wandlung wichtig.

*Dritte Phase: Die Sozialisierung und Humanisierung nach dem Prinzip  
des Operotropismus*

Diese letzte Phase beginnt bei Paranoiden meistens schon entweder in der Periode des Arbeitszwanges oder mit dem Prozeß des Vertauschens der Existenzformen. Auf dem Gebiete des Operotropismus scheinen die projektiven Paranoiden besonders begabt zu sein. Das ist auch der Grund, weshalb diese Patienten so oft unter uns und nicht in den Anstalten leben. Viele wählen spontan – fast unbewußt – Professionen, bei denen ihre *Detektionsfähigkeit* ein zentrales Tätigkeitsfeld im Beruf finden kann. Die Intellektuellen werden Psychologen, Psychiater, Forscher oder Entdecker auf irgendeinem Gebiet. Die anderen suchen sich Berufe wie Detektiv, Kriminalist, Anwalt, Richter usw. Die einfachen Mädchen mit einer paranoid-projektiven Spaltungsanlage, insbesondere die Partizipationsgestörten, werden nicht selten Kindergärtnerinnen, eventuell auch Irrenpflegerinnen, die differenzierteren Kinderpsychologinnen oder Kinderpsychiaterinnen, Sondernaturen hegen Interesse für Astrologie, Mythologie, Archäologie. Bei allen diesen Berufen fällt die Zwanghaftigkeit in der Arbeit auf.

*II. Die zweite Art der schiziformen Ich-Spaltung:  
Die autistische, introjektive Ich-Spaltung*

*Begriffsbestimmung.* Der Begriff des Autismus wurde von E. BLEULER als diejenige Art des Benehmens und Denkens bestimmt, bei der die Person sich über die Schranken der Wirklichkeit hinwegsetzt und nach Zielen vordringt, die ihr ausschließlich von ihren Trieben und Gefühlen eingegeben werden. Der Autismus wirkt somit wie ein Zauberstab, der all das dem Wunsche nach in die seelische Wirklichkeit zu versetzen vermag, was der tatsächlichen Realität widerspricht und was ihrer Logik töricht erscheint. Nach E. BLEULER greift das autistische Denken zumeist dann ein a) wenn unsere Kenntnisse nicht ausreichen und unser Trieb uns dennoch zum Weiterdenken zwingt, b) wenn die Wirklichkeit nicht mehr zu ertragen ist (Flucht in die Tagträumereien, Phantasien, neurotischen Symptome, Wahnideen, Halluzinationen usw.); ferner finden wir den Autismus c) in den Prozessen des Unbewußten und d) in den Lücken der Assoziationen der Träume und der Schizophrenie, die so entstanden sind, daß die Realität die Vorstellungsreihen an bestimmten Punkten unterbrochen oder geschwächt hat. Dann führt – wie sich STRANSKY ausdrückt – die «autistische Logik» der Triebe und Affekte den Assoziationsprozeß weiter<sup>1</sup>. In der autistischen Denkart werden demnach statt der ver-

<sup>1</sup> BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. III. Aufl., 1920, S. 34, 287.

sagten Wirklichkeit selbstgeschaffene, autoplastische Inhalte zum Gegenstand der Befriedigung (K. JASPERS)<sup>1</sup>.

*Pathogenese.* Die experimentelle Ich-Analyse hat nun die Ich-Prozesse des Autismus im folgenden bestimmt:

Autismus wird durch dasjenige im Vordergrund wirkende Spaltstück des globalen Ichs bedingt, in welchem die Person die Ansprüche und Vorstellungen des Ubw direkt auf das eigene Ich projiziert und ihm einverleibt. Ich-analytisch besteht somit das Phänomen «Autismus» aus dem Zusammenwirken von Projektion und Introjektion; Autismus ist ein intro-projektiver Ich-Vorgang<sup>2</sup>.

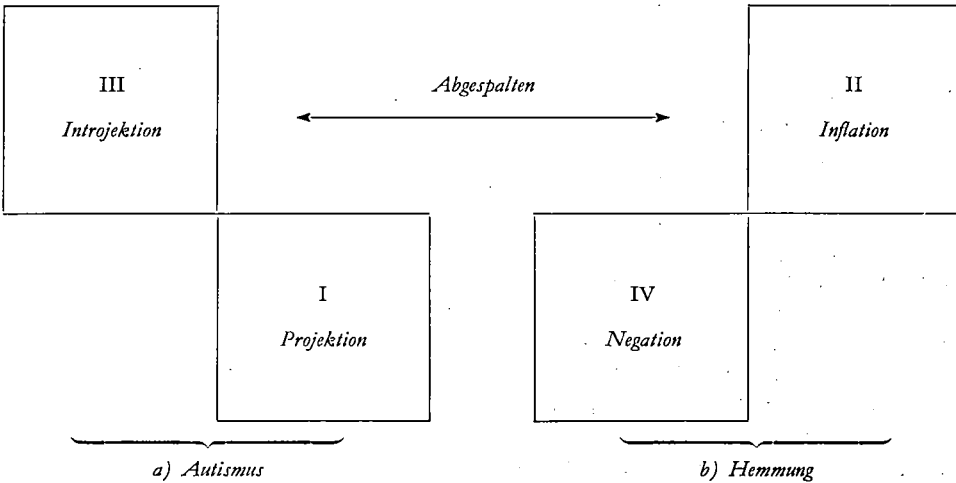


Abb. 24. Schema der Ich-Spaltung in Autismus und Hemmung.

Während das Ich bei der reinen (paranoiden) Projektion die unbewußten Ansprüche und Vorstellungen in die Außenwelt hinausverlegt, von wo sie dann – wie ein Bumerang – in Form von Verfolgungsideen zu ihm zurückkehren, werden bei der Introjektion, d. h. beim klinischen Autismus, die unbewußten Vorstellungen und Ansprüche nicht auf Objekte (Personen) der Außenwelt projiziert, sondern *auf das eigene Ich*, welches diese irrealen Ansprüche und Vorstellungen annimmt, sich einverleibt und fortan dementsprechend denkt, sich verhält und handelt. Das Paranoid entsteht somit ich-analytisch durch die vordergründige Unifunktion der Projektion, der schizoforme Autismus durch die Doppelfunktion von Projektion und Introjektion.

Diesen experimentellen Ergebnissen entspricht auch der Unterschied in bezug auf die abgespaltenen und in den Hintergrund gestellten, d. h. in bezug auf die ausgefallenen Elementarfunktionen.

Bei der reinen Projektion besteht das abgespaltene Ich-Stück – wie bereits erörtert – aus drei Funktionen: Inflation, Introjektion und Negation. Dieses abgespaltene Ich-Stück erscheint klinisch als Arbeitszwang, als die Besessenheit mit

<sup>1</sup> JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin und Heidelberg, 1948, S. 273–274.

<sup>2</sup> Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. II. Aufl., S. 158–159.

irgendeiner Arbeit. Ganz anders gestaltet sich aber das abgespaltene Ich-Stück bei dem intro-projektiven Autismus. Hier werden zwei Elementarfunktionen, nämlich die *Inflation* und die *Negation*, aus der Umlaufbahn des ganzheitlichen Ichs ausgeschaltet. Sie bewirken zusammen das klinische Phänomen der «Hemmung». Hemmung ist ja ich-analytisch die Verneinung bzw. Verdrängung der Inflation, der Verdoppelung im Sein<sup>1</sup> (vgl. hiezu Tab. 16 und Abb. 24).

So wird es verständlich, weshalb der schizoforme Autismus ohne jegliche Hemmung statt der versagten Wirklichkeit die irreale, selbstgeschaffene Wunschwelt im Haben und Denken zu befriedigen vermag. Ich-analytisch kann man den projektiven Autismus im Haben als Folge des Ausfalls der Hemmung bestimmen. Anders formuliert: Der Mensch wird autistisch, wenn die Hemmung ausfällt. Die Spaltstücke beim schizoformen Autismus sind: 1. der introprojektive Autismus im Vordergrund; 2. die abgespaltene, negierte Inflation, also die Hemmung, im Hintergrund. Autismus und Hemmung sind somit komplementäre Ich-Schicksale<sup>2</sup>. Ist klinisch die Hemmung im Vordergrund, so wird der abgespaltene Autismus in den Hintergrund gestellt. Agiert dagegen der Autismus auf der Vorderbühne, so wird das abgespaltene Hemmungsstück des Ichs außer Aktion gesetzt. Die experimentelle Ich-Analyse dieser sonderbaren Spaltungsform erklärt auch, warum die prämorbid und postpsychotische Persönlichkeit bei den Autistisch-Ich-Gestörten eben durch das überdurchschnittliche Maß der Hemmung charakterisiert wird. Andererseits ist bekannt, daß gehemmte Menschen in ihren Phantasien, Tag- und Nachträumen des öfteren autistisch handeln<sup>3</sup>.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß E. BLEULER zwischen dem Autismus im Sein und dem im Haben keinen Unterschied sah. Er hat beide einfach Autismus genannt. Heute wissen wir, daß der Mensch entweder im Sein oder im Haben, seltener in beiden, autistisch erkranken kann. Die *Seinsautismen* gehören nach der experimentellen Ich-Analyse zur Gruppe des *inflativen Paranoids*; hingegen die *Habautismen* zu der der *magisch-denkenden, introjektiven Schizophrenie*. Der Inflativparanoide will alles sein. Er ist autistisch im Sein, da er sich so benimmt, als ob er in Wirklichkeit das sei, was er in seiner Allmacht über sich autistisch denkt. Diesen Zustand nennen wir «*das inflative Paranoid*». Es ist gekennzeichnet durch Doppelformen des Alles-Seins: z. B. Mann und Frau, also Hermaphrodit-Sein, Christus und Mensch-Sein (Religionswahn), ferner durch Transvestitismus (Fall 12), bisexuelle Erotomanie (Fälle 2, 4, 6, 8)<sup>4</sup>.

Der introprojektive Schizophrene hingegen will *alles haben*, was er sich wünscht und glaubt auch daran, daß er in der Tat alles hat. Oft hilft ihm das magische Denken dazu, alles in seinen Besitz zu nehmen. *Das Allwissen ist auch nur eine Form des Habautismus*. Diese Kranken glauben, eine magische oder kosmische Allmacht innezuhaben.

*Fall 45. Ein autistischer Schizophrener.* Der 32jährige Verwaltungsbeamte, ein depressiver Schizophrener der Klinik Tübingen, berichtete von magnetischen Feldern, in denen er sich befand. Er empfing (introjizierte) radioaktive Strahlen

<sup>1</sup> Ich-Analyse, S. 221, 224, 278. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik, S. 131, 136, 160, 166.

<sup>2</sup> Ich-Analyse, S. 295 ff.

<sup>3</sup> Ich-Analyse, S. 297 f.

<sup>4</sup> Ich-Analyse. Der Inflationwahn, S. 436 ff.

im Gehirn, die er wieder senden konnte (Projektion) und bezeichnete sie als «Todesstrahlen». Der Kranke glaubte, er könne hypnotisieren. Er lebte immerfort in Fernwirkungsideen. Er glaubte u. a., die Uhr anhalten zu können, wenn er einen Bleistift in die Wand stecke<sup>1</sup>.

*Fall 46. Ein heboformer Schizophrener. Autismus im Sein und Haben.* Dieser Fall demonstriert an einem heboformen Schizophrenen (von S. DÉRI)<sup>2</sup>, daß der gleiche Kranke einmal im Haben, ein andermal im Sein oder gleichzeitig autistisch zu denken vermag. Der Kranke wollte erst mit 100 Jahren heiraten; dann aber wollte er ein Herrenleben führen, werde täglich Gänse essen und Champagner trinken, eine schöne Frau heiraten und täglich 5 bis 6 Millionen verdienen. Diese Habansprüche gingen bei ihm parallel mit Seinsautismen. Er sagte: Die Bauern werden ihn zum Fürsten wählen. Er werde in eine Damenunterhose schlüpfen, da ja der Mann – so glaubte er – als Liebespartner auch nicht schlecht sei. Seine Ambitendenz, d. h. die Inflation von Mann und Frau, kam in seiner doppelten autistischen Wahnwelt klar zum Vorschein als er bemerkte: «Mein linker Arm ist die Frau, der rechte der Mann. Darum könne er beide, Mann und Frau haben, wie es ihm beliebt . . .»

Dieser Fall zeigt klinisch den gleichen Vorgang, welchem wir in der experimentellen Ich-Analyse des öfteren in einer Sukzession begegneten. Der Prozeß besteht darin, daß *die Seinsinhalte des inflativen Paranoids durch den nachfolgenden Vorgang der Introjektion dem Ich einverleibt werden. So wird vom Sein Haben.* In dem dargestellten Fall tragen beide, das Sein und das Haben, die krankhafte Note des Autismus. Aber eben diese Beobachtung der Sukzession in der Umlaufbahn der Elementarfunktionen kann auch ich-therapeutisch angewendet werden.

*Die genetische Ätiologie* der introprojektiven, autistischen Ich-Störungen unterscheidet sich kaum von der des Paranoids. Wir weisen hier auf die Erörterungen über die Genetik der Projektivparanoiden hin. Es sei aber betont, daß wir Familien mit gehäuften projektivparanoiden und wieder andere mit introprojektiven Spaltungsformen fanden. Diese Spaltungsformen sind ja u. E. hereditär-familiär.

Ein Teil der *Therapie* bei den Autistisch-Ich-Gestörten muß ähnlich wie bei den Projektivparanoiden verlaufen. Auch hier sollte natürlich die Behandlung vorerst mit einer *Partizipationstherapie* beginnen. Allerdings ist zu betonen, daß die Aufgabe der Herstellung einer Partizipation hier eben durch den Autismus im Haben noch schwerer ist als bei der Gruppe der rein Projektiven. Sicher ist der Prozeß der Projektion auch bei der introprojektiven Form die Folge eines unbefriedigten Dranges nach Eins- und Gleichsein. Hier aber ist die Störung fortgeschrittener, indem hier die sekundäre Projektion nicht auf Personen der Umwelt hinausverlegt wird, sondern das eigene Ich als Schirm wirkt, welcher die hinausverlegten Ansprüche auffängt. Darum die Benennung Introjektion bei den Habautisten. Dieser Tatbestand kann auch anders formuliert werden: Während der Paranoide rein projektiver Natur sich immer noch an Personen der Umwelt – wenn auch in einer Haß- und Verfolgungsbeziehung – anzulehnen vermag und somit zu einer anaklytischen (anlehnenden) Beziehung immer noch fähig sein kann, ist der introjektive Autist bereits in hohem Maße zur Anlehnung an ein

<sup>1</sup> Näheres über den Fall findet der Leser in der Triebpathologie, Bd. I. Triebanalyse. S. 319–326. Vgl. hierzu: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. II. Aufl., 1960, S. 321–232.

<sup>2</sup> DÉRI, S.: Introduction of the Szondi Test. Grune & Stratton, New York, 1949, S. 328 ff.

fremdes Objekt unfähig geworden. Er ist – nach FREUD – narzißtisch, d. h. nur zur Eigenliebe fähig. Und eben der Narzißmus stört die Übertragung. Bekanntlich hat S. FREUD die Schizophrenie und die Melancholie – die zu Beginn u. E. auch eine introjektive, autistische Spaltung aufweist – in der Gruppe der «narzißtischen Affektionen» zusammengefaßt und diese den Übertragungsneurosen (Hysterie, Phobie, Konversionshysterie, Zwangsneurose) gegenübergestellt. Der Grund zu dieser Gegenüberstellung stammt aus der Auffassung S. FREUDS, Menschen mit einer narzißtischen Affektion seien zur Übertragung unfähig und somit zu einer Psychoanalyse untauglich. Es ist H. S. SULLIVANS Verdienst, daß er sich schon 1925 in den USA gegen diese Auffassung auflehnte. «Seine Arbeiten stellten FREUDS Vorstellungen von der Übertragung in Zweifel, konnte er doch zeigen, daß Patienten, die bisher von FREUD für unbehandelbar gehalten wurden, weil sie vollkommen narzißtisch waren, auf psychoanalytische Methoden anzusprechen vermögen», schreiben CLARA THOMPSON und PATRICK MULLAHY<sup>1</sup>.

H. S. SULLIVAN war in bezug auf die *freudsche* Libidotheorie und sein Triebssystem von Anfang an sehr skeptisch. Er und seine Nachfolger (E. FROMM, K. HORNEY, A. KARDINER) legten das Gewicht auf *die aktive Herstellung einer interpersonalen Wechselwirkung von Patient und Therapeut*. Wie P. FEDERN, S. FERENCZI und I. HOLLÓS in Europa, so sind H. S. SULLIVAN und die genannten Autoren unseres Erachtens in den USA die Vorkämpfer jener Behandlungsart, die wir unter dem Sammelbegriff der Partizipationstherapie bereits geschildert haben. Daß man den Autismus sowohl bei einer introjektiven Schizophrenie als auch bei einer Melancholie durch eine *lege artis* passiv geführte und auf der Übertragung basierten Psychoanalyse in der Tat nicht heilen kann, wie S. FREUD behauptete, beweisen unter anderen auch der bekannte Fall «Renée» von M. A. SECHEHAYE<sup>2</sup>. Bei diesem autistischen, schizophrenen Mädchen mußte die Autorin die Technik der klassischen Psychoanalyse aufgeben und zu der aktiven Methode der «symbolischen Wunscherfüllung» greifen. Sie setzte sich – nach Verschlimmerung der Geisteskrankheit – neben die Patientin auf den Diwan und übernahm sechs Jahre nach Beginn der Behandlung die Rolle der pflegenden, liebenden und hilfebringenden Mutter restlos und zeitlich unbeschränkt. Frau SECHEHAYE sprach z. B. zu dem damals 23jährigen Mädchen in einer Weise wie die Mutter zu ihrem Baby: «Mama wird Renée in ihre Wiege legen . . .<sup>3</sup>» usf. Das kranke Mädchen wohnte in der Tat mit der Therapeutin unter dem selben Dach und wurde von ihrer «Therapeutin-Mama» wie ihr eigenes Baby geliebt, genährt und gepflegt. Die symbolische Wunscherfüllung war u. E. nur ein Mittel zum Zweck der Partizipation. Die Heilung dieses autistisch-schizophrenen Mädchens ist ein weiterer Beweis für die Richtigkeit der «Nurse»-Therapie nach P. FEDERN und der «Entspannungstherapie» nach S. FERENCZI. Es ist mit der Partizipationstherapie tatsächlich möglich, sogar den primären Narzißmus, den Autismus, zu brechen. *Bleibt aber der Therapeut hier stehen, so muß er dennoch mit einem Rückfall rechnen. Erst die der Partizipationstherapie folgende Periode der Ich-Therapie mit der Herstellung der vollständigen Umlaufbahn des Ichs ist imstande, den Kranken vor Rückfällen zu schützen*. Leider bleibt eben diese zweite Behandlungsphase in vielen Fällen weg.

<sup>1</sup> Zitierte Arbeit (Die Psychoanalyse), S. 201.

<sup>2</sup> SECHEHAYE: Zitiertes Buch, S. 34.

<sup>3</sup> Ebenda: S. 59.

Die Ich-Analyse der Autisten kann sich nach verschiedenen Heilplänen abspielen. Die erste Möglichkeit bestünde darin, daß man den Habautismus durch Negation, also durch das Erlernen des Verzichtens- und Vermeidenkönnens, reduziert. Dieser Plan gelingt aber nur bei Patienten, welche – neben der autistisch-schizoformen Existenz auch eine anankastische Existenzform in der Reserve haben. Er stellt die normale Umlaufbahn des Ichs bis zur Negation her.

Der zweite Plan ist langwieriger. Er besteht darin, daß man nach der Phase der Partizipationstherapie das hintergründige, abgespaltene Ich-Stück, das hieße hier: die Hemmung, an Stelle des Autismus in den Vordergrund stellt. Dies kann unter Umständen mit irgendeiner aktiven Psychochocktherapie (nach FERENCZIS aktiver Reiztherapie oder nach der Methode des Verfassers) auch schlagartig gelingen (Fall 2). Nach spontaner Heilung des Autismus sehen wir auch die Dominanz der Hemmung im Vordergrund. Bei dieser Behandlungsart sollte somit die Umdrehung der Ich-Bühne den Autismus zum Verschwinden bringen und das gehemmte Hintergrund-Ich – ähnlich wie dies in der normalen Entwicklung des Ichs geschieht – in den Vordergrund stellen. Aus autistischem Trotz wird ja bei Kindern auch Hemmung.

Der dritte Plan versucht, das abgespaltene Hemmungsstück des Ichs nicht schlagartig, sondern schrittweise nach vorne zu bringen. Der Ich-Therapeut gibt sich Mühe, vorerst den Habautismus auf die chronologisch frühere Stufe des Seinsnarzißmus zurückzuführen, d. h. er dreht die Ich-Umlaufbahn von der Introjektion zur Inflation zurück. Er begeistert den Kranken für irgendeine Idee, oft geradezu schwärmerisch und läßt ihn in seiner Seinsmacht eine Weile inflativ walten und schalten. Erst danach konfrontieren wir ihn mit der Realität und lassen ihn die narzißtischen Ich-Ideale allmählich reduzieren. Durch die Reduktion der Allmacht im Sein sollte die Hemmung entstehen. Dieser Plan kann natürlich mißglücken, und der Kranke bleibt in der Inflationsphase stecken.

Der vierte Plan, die Vertauschung der Existenzköpfe, besteht zumeist in der Hervorhebung des Zwanges, der Hypochondrie oder – unter Umständen – der Paroxysmalität in Form von Reisen, Ausreißen, Auswandern usf.

Der fünfte Plan besteht in der Sozialisierung bzw. Sublimierung der beiden Spaltungsstücke von Autismus und Hemmung. Diese können durch die Berufstätigkeiten auf höherer intellektueller Stufe z. B. als Professor, Lehrer der Mathematik, Physik, Philosophie, auf mittlerer Stufe als Soldat, Polizist, Telegraphist, Buchhalter, Landkartenzeichner usf., auf niedrigerer Stufe als Nachtwächter, Leuchtturmwächter usf. auf die Dauer sozialisiert werden und somit die Person gegen die Erkrankungsgefahr schützen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Schicksalsanalyse. II. Aufl., S. 362–363, Tab. 17.

## DIE DRITTE SPALTUNGSFORM DIE SCHIZO-PAROXYSMALE, HEBOIDE ICH-SPALTUNG

*Begriffsbestimmung.* Im Spaltungssystem der Ich-Lehre der Schicksalsanalyse figuriert diese interessante Spaltungsweise als Inflation, d.h. Besessenheit von Doppeltendenzen, im Vordergrund und mit der Dauerbereitschaft zu irgendeiner paroxysmalen Reaktion im Hintergrund. Kranke mit dieser Spaltungsart im Ich neigen zu rasch wechselnden sprunghaften Umdrehungen der Spaltstücke. Darum erscheinen sie klinisch einmal als schizoforme, inflativ Besessene, ein andermal als paroxysmal-epileptiforme Anfallskranke. Ein Teil dieser Kranken wird klinisch mit heboider Schizophrenie oder Schizomanie diagnostiziert. Es wäre u.E. unrichtig, diese Spaltungskranken nur in die schizoforme oder nur in die paroxysmale Krankheitsgruppe einzuordnen, da sie sowohl der genetischen Ätiologie wie auch der klinischen Phänomenologie nach beiden Gruppen angehören. Deshalb nennen wir diese Spaltungsart auch die *schizo-paroxysmale*.

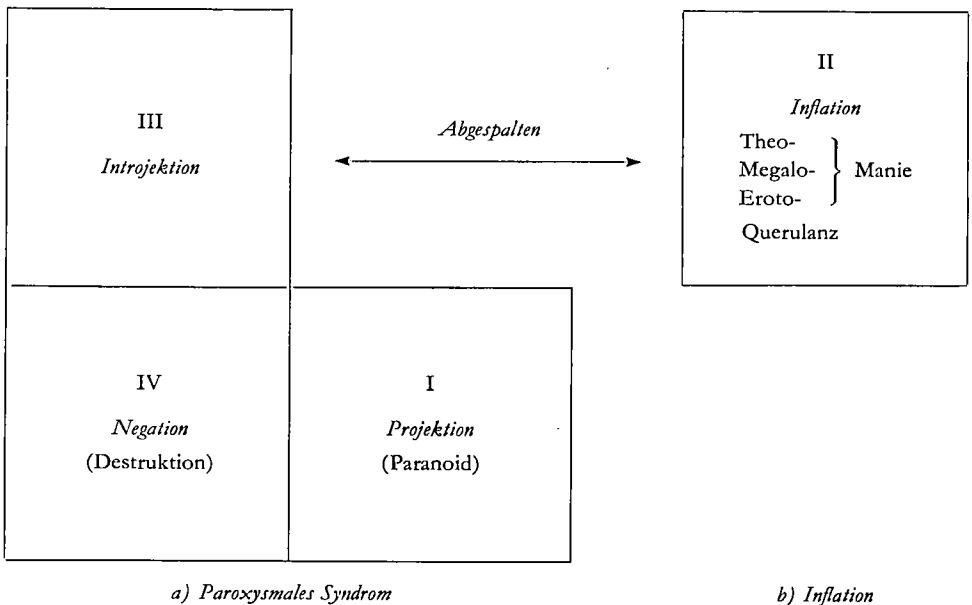


Abb. 25. Schema der schizoparoxysmalen Ich-Spaltung in Paroxysmus und Inflation

*Pathogenese.* Unseres Wissens hat BUCHHOLZ 1895 in seiner Arbeit<sup>1</sup> als erster von einer «Paranoia auf epileptischer Basis» gesprochen. W.WEYGANDT wies

<sup>1</sup> BUCHHOLZ, A.: Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Leipzig, 1895.



dann 1902 in Anlehnung an diese Arbeit darauf hin, daß auch Epileptiker bleibende Wahnvorstellungen – unter anderen – auch Größenideen, ab und zu mit Sinnestäuschungen, entwickeln können<sup>1</sup>. Die Frage der möglichen Beziehungen und Kombinationen zwischen Schizophrenie und Epilepsie ist aber heute noch ein heftiges Diskussionsthema der Psychiatrie. Man kann die Stellungnahme der Autoren wie folgt gruppieren<sup>2</sup>:

a) Die Theorie des Zufalls nach KRAEPELIN<sup>3</sup>.

b) Die Theorie des biologischen Antagonismus nach v. MEDUNA<sup>4</sup>. Dieser Annahme hat sich auch J. STAEHELIN<sup>5</sup> angeschlossen. Er betont, daß die Kombination von Epilepsie und Schizophrenie fast als «ein biologisches Wunder» aufzufassen sei. Denn eine Schizophrenie vermöge das Auftreten einer Epilepsie immer, eine Epilepsie den Ausbruch einer Schizophrenie fast immer zu verhindern. Diese Theorie nehmen auch SMORTO und SCIORTA an.

c) Die Theorie der Kombination bzw. der Mischfälle wurde von E. BLEULER, STRANSKY, GIESE, VORKASTNER, DE BOOR propagiert. Ähnlich wie bei BUCHHOLZ kann sich nach H. DÖRRIES und H. SELBACH die paranoide, katatone und die hebephrene Schizophrenie auf epileptischer Basis realisieren<sup>6</sup>. G. SCHORSCH teilt aus der Anstalt Bethel die Befunde von H. FÜRSTENBERG mit<sup>7</sup>, welche die Annahme der Kombination zwischen Epilepsie und Schizophrenie bestärken, obwohl keiner der Kranken ein klassisches schizophrenes Bild bot. «Stets waren epileptische und schizophrene Züge in wechselnder Vorherrschaft miteinander verflochten . . .»

d) Nach einer vierten «Auslösetheorie» soll die epileptische Aktivität, d. h. der Anfall, die psychotischen Schübe auslösen, ohne aber «ihr eigentliches physiopathologisches Substrat zu sein». (ALAJOUANINE und Mitarbeiter)<sup>8</sup>.

e) Die Theorie der Umdrehung bzw. Komplementierung der Spaltstücke im Ich wurde von der Schicksalsanalyse entwickelt. *Diese nimmt an, daß das Ich sich unter besonderen Bedingungen so zu spalten vermag, daß das eine Spaltstück bestimmte schizophrene Ich-Störungen, das andere hingegen paroxysmale Symptome verursacht. Durch Umdrehung der Spaltstücke können sich die schizoformen mit den paroxysmal-epileptiformen Bildern «vertauschen»* (Abb. 25)<sup>9</sup>.

Diese Umdrehung der Spaltstücke kann in der Sukzession den sogenannten «biologischen Antagonismus» zwischen Schizophrenie und Epilepsie vortäuschen. Im Grunde aber gehören die zwei Spaltstücke, welche sich auf der klinischen Bühne scheinbar «antagonistisch» benehmen, ursprünglich eng zueinander, stammen sie doch von demselben Ich, weshalb *eine Komplementarität und kein Antagonismus* zwischen ihnen besteht. Deshalb können sie sich im Ich auch zu einer Ganzheit vereinigen, so daß die beiden Spaltstücke simultan auf der Bühne der

<sup>1</sup> WEYGANDT, W.: Atlas und Grundriß der Psychiatrie. J. F. Lehmann's Verlag, München, 1902, S. 272.

<sup>2</sup> SCHORSCH, G.: Epilepsie: Klinik und Forschung. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Bd. II, S. 679–680.

<sup>3</sup> KRAEPELIN, E.: Das epileptische Irresein. Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. III, 2. Teil. Barth, Leipzig, 1913.

<sup>4</sup> v. MEDUNA, L.: Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. Halle, 1937.

<sup>5</sup> STAEHELIN, J. E.: Epilepsie und Schizophrenie und das Problem der antagonistischen Krankheiten. Bull. Schweiz. Akad. Wiss. 6, 1950.

<sup>6</sup> SELBACH, H.: Die zerebralen Anfallsleiden. Handbuch d. inneren Medizin V, 3. Teil, S. 1103.

<sup>7</sup> FÜRSTENBERG, H.: Über die Kombination von Epilepsie und Schizophrenie. Bethel. Diss., 1949.

<sup>8</sup> Nach G. SCHORSCH zitiert.

<sup>9</sup> Siehe die zitierte Arbeit von R. SEIDEL.

Klinik erscheinen, was den Grund zur Annahme einer Kombination der zwei Krankheiten gibt. Mit der simultanen Erscheinung beider Spaltstücke wird auch die Beobachtung von U. STEINER verständlich, daß unter 48 erwachsenen Epileptikern – mit einer einzigen Ausnahme – bei allen Dämmerzuständen schizophrene Symptome gefunden wurden. Der Autor betont, wie wenig bisher auf das schizophrene Beiwerk von epileptischen Dämmerzuständen geachtet wurde<sup>1</sup>.

Auf Grund der Systematik der Spaltungsmöglichkeiten, die wir in der Tab. 16 zusammenstellen, müssen wir mehrere Spaltungsarten annehmen, bei denen das eine Spaltstück zu schizoformen, das andere zu paroxysmal-epileptiformen oder hystero-epileptiformen Symptomen führen kann.

Diese sind (siehe Tab. 16):

A. I. Projektives Paranoid  $\longleftrightarrow$  Projektiv-paranoide genuine Epilepsie.

B. III. Inflatives Paranoid  $\longleftrightarrow$  Epileptiforme Poriomanie (= inflative Epilepsie).

C. IV. Paroxysmale Entfremdungsattacken  $\longleftrightarrow$  Introjektionswahn mit Autismus und magischem Denken.

C. V. Paroxysmale, epileptiforme Dämmerattacken  $\longleftrightarrow$  Phobische Katastrophenahnungen schizoformer Natur.

E. VII a) Paroxysmal-epileptiforme Destruktion bzw. Selbstdestruktion  $\longleftrightarrow$  Katatone Schizophrenie mit Negativismus.

Aus dieser Systematik der Spaltungsphänomene, die wir auf Grund von experimentellen, klinischen und therapeutischen Erfahrungen – also *empirisch und nicht spekulativ* – aufgestellt haben, wird ersichtlich, daß *stets die jeweilige Spaltungsart bedingt, ob das schizoforme Spaltstück sich projektiv-paranoid, inflativ-paranoid, hysteriform-beboid oder katatoniform manifestiert; ferner ob das paroxysmale Spaltstück als projektive Epilepsie oder als ein epileptiformes «Äquivalent» (z. B. als Poriomanie) oder als Entfremdungs- und Dämmerattacken oder als epileptiforme Destruktion (Totschlag) und Selbstdestruktion (Selbsttötung) erscheint.* Deshalb betont die Schicksalsanalyse, daß man ohne eine systematische Ich-Spaltungslehre weder die simultanen Kombinationen der sogenannten «Mischfälle» noch die sukzessiv auftretenden Scheinantagonismen in der klinischen Psychiatrie verstehen kann.

*Die genetische Ätiologie* der schizoparoxysmalen Spaltungserkrankungen wurde bisher nie speziell untersucht. Nach den differenzierten Erbforschungen von LUXENBURGER<sup>2</sup> soll die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit für Schizophrenie bei den Kindern der Hebephrenen (Jugendform) und der Katatonen etwa doppelt so groß sein wie bei den Paranoiden und den in Schüben erscheinenden Schizophrenen, die im späten Alter auftreten und nicht zur Demenz führen. In den Einzelfällen von schizoparoxysmalen Heboiden fanden wir in der Familie sowohl epileptische wie auch inflativ-schizophrene Familienmitglieder (vgl. hierzu die Fälle 2, 23). Der Erbboden scheint eine Kombination von Anlagen zur Epilepsie und Schizophrenie aufzuweisen. Wir neigen zu der Annahme, daß hier *die Erbanlage eigentlich die spezielle Spaltungsart des Ichs bedinge*, wogegen die Umweltfaktoren bestimmen, ob und wann das inflativ-schizoforme oder das paroxysmal-epileptiforme Spaltungsstück episodisch auf der Bühne agiere, oder die zwei Erscheinungsformen sich sprunghaft vertauschen.

<sup>1</sup> Zitiert nach SCHORSCH, G., S. 680.

<sup>2</sup> LUXENBURGER, H.: Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. Handbuch Just V/II. Springer, 1939.

*Die klinischen Formen. Das inflative Spaltstück* erscheint klinisch:

a) Als *Inflationswahn* und wird durch die wahnhafte Machtverdoppelung charakterisiert. Klinisch heißt das: Größenwahn mit Ambitendenzen (Groß- und Kleinseinsideen); bisexuelle Erotomanie (Mann- und Frauseinsprüche), Religionswahn mit Neigung zur Ketzerei<sup>1</sup>. Bei allen Formen können die Kranken episodisch auf die Stufe des Projektionswahns regredieren. Daher ihre große Neigung zum Querulieren und Prozessierungswahn<sup>2</sup>.

b) Als *heboide Schizophrenie* (Hebephrenie) insbesondere mit Leib- und Organhalluzinationen. Die krankhafte Steigerung der Zeigelust bedingt bei den Heboiden das theatralische, pathetische, ekstatische, manirierte und bizarre Benehmen, ferner die irrealen Phantasiewelt, die Mythomanie, Lügenhaftigkeit, die Pseudologia phantastica. Neben den inflativen Größenideen aber stehen oft sukzessiv, seltener synchron, auch paroxysmale Symptome, so Sprunghaftigkeit, Aggressivität bis zur tötenden Gesinnung. Ihre Kriminalität ist auch doppelt angelegt, teils durch die Paroxysmalität, teils durch die inflativen Größenideen (Hochstapelei, Betrug)<sup>3</sup>. Diese Kranken werden oft in der inflativen Phase als Manische behandelt.

*Das paroxysmale Spaltstück* kann klinisch in Form von:

a) *epileptoiden Psychismen* (Äquivalenten) erscheinen: Wandertrieb (Porio- manie), Ausreißen, Ewig-auf-der-Reise-Sein, Pyromanie (Fall 48), Thanatomanie (Selbstmord und tötende Gesinnung), eventuell Dipsomanie.

b) In Form von *petit mal* und retropulsiven Anfällen. Diese Kranken sind nicht klebrig-enechetisch, sondern zumeist inflativ-eretisch (A. LEDER). Die rasche Umdrehung der Spaltstücke, d.h. die Sprunghaftigkeit, bewirkt es, daß fast alle Kranken mit dieser schizoparoxysmalen Spaltungsart klinische Züge des Heboiden tragen, weshalb wir auch von einer heboformen Spaltungsart sprechen.

Die Wahl der *Therapie* hängt natürlich von der Schwere des klinischen Bildes ab. In leichteren Fällen, insbesondere bei Jugendlichen, kann man eine klassische Psychoanalyse anraten<sup>4</sup>. In schweren Fällen nützt die Psychoanalyse allein wenig (vgl. Fälle 6, 8, 41, 48). Auch die Schicksalsanalyse hat bei querulatorischen Kranken dieser Spaltungsart völlig versagt, hingegen bei hereditären Fällen mit Größen- oder Religionswahn ohne Querulanz dauernde Heilung gebracht (vgl. Fall 15). Die Partizipationstherapie im Sinne von ROSEN, BENEDETTI, M.A. SECHEHAYE usf. ist nur in dem schwersten Wahnzustand indiziert. Im allgemeinen neigen diese Kranken eben wegen der Hypertonie der Inflation zu einer Übertreibung der Übertragung, können aber leicht auf die Stufe der partizipativen Quasi-Identität regredieren. Die Partizipation trägt oft den Charakter einer symbolischen Realisation der Quasi-Identität, wie dies im folgenden Fall zum Ausdruck kam.

*Fall 47. Symbolische Realisation der Partizipation bei einer Querulantin.* Eine Studentin erlitt in der Kindheit eine starke Versagung in der Partizipation mit der Mutter, die nur für ihre Söhne sorgte. Nach ihrer Matura entwickelte sie vorerst

<sup>1</sup> IDELER, K. W.: Der religiöse Wahnsinn. Haller, 1874 (zitiert nach K. JASPERS, Allgemeine Psychopathologie, V. Aufl., S. 612.

<sup>2</sup> Ich-Analyse, S. 436 ff.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu: Triebpathologie, Bd. I, S. 304 ff. und 308 f.

<sup>4</sup> Vgl. den Fall einer Gymnasiastin: «Romandichterin», Triebpathologie Bd. I, 1952, S. 279–282.

paranoide, danach inflative Ideen, insbesondere Religionswahnideen. Sie konnte ihr Studium nicht beenden und ging in eine klassische Psychoanalyse, die mehrere Jahre dauerte. Bereits in dieser Behandlung wuchs allmählich ihre Lust zu Querulieren in dem Maße, daß sie die Psychoanalyse aufgab und danach bei mir eine Schicksalsanalyse begann. Über ein Jahr füllte sie die Stunden mit Anschuldigungen gegen die Analytikerin aus. Danach entwickelte sie mit mir eine partizipative Dualexistenz, die soweit ging, daß sie sich in den Stunden von mir «nähren» ließ, wobei sie selber angab, ob ich ihr Milch, Obstsaft, Butterbrot oder Kekse geben sollte. Diese Partizipation kulminierte dann in einem Zeremoniell, das sie in der Stunde, nachdem ich, ihrem Wunsche folgend, Wein, Milch auf einem Tischlein kredenzt hatte, in folgender Art «celebrierte».

«Ich kredenze Dir die Kraft des Weinstocks, unvermischt und unvergoren. In der lauterer Kraft der Traube ehre ich die reine, starke Männlichkeit, in ihrer zeugenden und schöpferischen Kraft.

Ich kredenze Dir den Most der Traube.

Jetzt kredenz Du mir die Lebenskraft des Mostes zur Bestätigung und zur Konfirmation des ewigen Knaben in mir, des pueri aeterni, und stärkst meine männliche Tiefenseele.

Auch den frischen Trunk der Milch reichst Du mir dar. Aus Deiner weiblichen Tiefenseele spendest Du mir Muttermilch und aus Deiner führenden Manneseele reichst Du mir die Milch der Manneskraft dar, damit ich aus Muttermilch und aus Mannesmilch zur Frau und Mutter werde.

Als Frau und Mutter stille ich Dein Wesen mit dem nährenden Trunk der Milch und schenke ihn Dir aus der Ganzheitlichkeit meines Menschseins.

Wir haben aus einem Becher getrunken in der Einheit und in der Selbständigkeit der Partnerschaft. Wir haben uns gegenseitig getränkt mit männlichem und weiblichem Wesen, damit wir einander zur vollen Menschwerdung helfen.

Damit sie in Wahrheit geschehe, spricht Gottes Wort zu uns: ‚Siehe, ich sende meinen Boten, daß er Dir den Weg bereite vor mir, und plötzlich kommt zu seinem Tempel der Herr, nach dem Ihr verlangt. Er ist wie das Feuer des Schmelzers und wie die Lauge der Wäscher. Er wird sich setzen, um zu schmelzen und zu reinigen. Er wird die Söhne Levis reinigen, wird sie läutern wie Gold und wie Silber.‘ (Maleachi 3, 1 und 3.)»

\*

Aus diesem Beispiel erhellt die Tatsache, wie weitgehend heboide und inflativ-paroxysmale Kranke dem Vorgang der Partizipation eine religiöse, hermaphroditische Note aufzwingen können<sup>1</sup>. Obwohl die Partizipationsphase in diesem Falle alle Kriterien der Quasi-Identität aufwies, ist sie trotzdem in dem Moment zusammengebrochen, in dem ich zum ersten Male nach 1½ Jahren die Kranke mit ihrem «Krankheitsgewinn» in Form der Querulanz zu konfrontieren und eine Ich-Therapie planmäßig zu beginnen versuchte. Plötzlich brach der alte Querulanzwahn in Form von Brüllen und Tobsuchtsanfällen aus, die eine Behandlung in einer Privatpraxis unmöglich machten. Ich mußte die Behandlung abbrechen.

*Fall 48. Schizoparoxysmale Ich-Spaltung bei einem jungen Mathematiker.* Wir hatten in der Experimentellen Triebdiagnostik<sup>2</sup> die Wirkung der Somnifen-Schlafkur bei einem 21jährigen Mathematiker im Test dargestellt. Der Kranke stammt aus einer Familie, in der paranoide Schizophrenie mit Paroxysmalität (Stottern) gehäuft vorkam<sup>3</sup>. Dieser begabte Mathematiker zeigte klinisch die klassische Form der schizoparoxysmalen Spaltung eines Heboiden. In der inflativen Phase entwickelte er Größenwahn- und Kleinheitswahnideen, in der paroxysmalen Periode

<sup>1</sup> Die Symbolik ist stark erotisch gefärbt.

<sup>2</sup> I. Aufl., 1947, S. 250–251; II. Aufl., 1960, S. 406–407.

<sup>3</sup> Ein Teil seines Stammbaumes, in dem der Proband nicht figuriert, wurde in der Schicksalsanalyse, II. Aufl., S. 323–324, Stammbaum 67, publiziert.

war er ein Kain, der einmal in der Tat den Vater zu erwürgen versuchte und auf der Straße einen Polizeiwachtmeister gewalttätig angriff. Dann wurde er interniert. In der Anstalt tobte er und versuchte, die Möbel seines Zimmers in Brand zu stecken. Als ich ihn aus der Anstalt befreite, gab ich ihn zu einer Psychoanalytikerin in Behandlung, die ihn viele Jahre hindurch mit klassischer Technik – ohne Erfolg – behandelte. Man mußte ihn auf die Dauer internieren.

*Fortsetzung des Falles 11. Die Geschichte dreier Analysen von verschiedenen Richtungen bei einem heboformen, inflativen Paranoiden.* Der Fall, dessen Existenzskala in Abb. 9 dargestellt wurde, ist aus zwei Gründen lehrreich. Erstens, weil der Kranke von 1947 an bis heute in drei analytischen Behandlungen verschiedener Richtungen war. Zum zweiten, weil der Fall ein Paradigma für die besonderen Gefahren der verschiedenen Behandlungsweisen darstellt. Da der Kranke derzeit noch in Holland in einer klassischen Psychoanalyse steht, müssen wir die endgültigen Heilungsergebnisse abwarten. Hier beschränken wir uns auf die kurze Darstellung der drei Arten der Behandlungen.

Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen: Patient ist das vierte Kind eines Großindustriellen in Holland. Von den drei Schwestern ist die eine phobisch gehemmt, die andere unauffällig, die dritte überdurchschnittlich begabt und hyperethisch. Die Erziehung wurde einem älteren englischen Fräulein übergeben, die das Knäblein mit Stumpf und Stiel in Besitz nahm und ihn von der Mutter völlig abtrennte. Diesen Schaden in der Partizipation hat der Patient nie überwunden. Die erste Form seiner Neurose trug die Note einer hysteriformen Pseudologie. Als er zur Primarschulzeit wegen Scharlach Wochen hindurch mit der Mutter isoliert zusammen lebte, wollte er diese so spät erlebte Partizipation auch nach seiner Genesung prolongieren. Während der Krankheit wurde sein Urin täglich auf Eiweiß und Blut kontrolliert. Da erfand er folgenden Trick zur Sicherung der mütterlichen Zärtlichkeit und Pflege: Er stach sich mit einer Nadel in den Finger und ließ einige Tropfen Blut in die Urinflasche fließen. Diese Praktika führte er Monate hindurch konsequent aus und erreichte, daß er, statt in die Schule zu gehen, mit der Mutter zu Hause blieb.

In der Pubertät beginnen seine Schwärmereien einerseits für die griechische Mythologie, anderseits für Männer. Eine kurze Weile übte er mit seinem Vetter homosexuelle Spiele aus. Nach Abbruch dieser Beziehung kamen ernste Schwärmereien für mittelaltrige (30- bis 40jährige) Männer, insbesondere für Schauspieler und Schriftsteller. Im zweiten Weltkrieg war er schon Student der philosophischen Fakultät, dann zog er sich in die Untergrundbewegung in Holland zurück. Inzwischen verlor er beide Eltern und die am meisten geliebte, begabte Schwester im KZ. Nach dem Krieg wohnte er mit der ältesten Schwester und deren Mann zusammen. Schwere Schuldgefühle quälten ihn, daß er die Familie in Amsterdam zurückgelassen hatte und selber flüchtete. 1946 wurde er seelisch krank. Er bildete sich ein, er hätte sich mit einem Medikament vergiftet. Er kam in eine Privatklinik in die Schweiz, in die gleiche, wo früher sein Vater wegen schwerer Depressionen mehrere Male behandelt worden war. Nach einer Schlafkur übernahm ich die seelische Behandlung, die vorerst eher den Charakter einer analytischen Psychagogik trug. Es gelang mir, den Patienten so weit arbeitsfähig zu machen, daß er an einem ausländischen Institut den Posten eines Englischlehrers überneh-

men konnte. Nach etwa einem Jahr kehrte er nach Zürich zurück und begann bei mir eine lege artis geführte Schicksalsanalyse auf der Couch. Der Erfolg zeigte sich nach etwa zwei Jahren erstens darin, daß er seine getarnten exhibitionistischen Ausflüge in der Nacht wie auch die homosexuellen Ansprüche aufgab und ein äußerst reges heterosexuelles Leben begann. Er verliebte sich mehrmals und hatte sogar die Absicht zu heiraten. Als zweiten Erfolg konnten wir die Tatsache buchen, daß er mit großem Fleiß an der Dissertation zu arbeiten begann. Ich war mit der Wandlung seines Sexual- und Arbeitsschicksals zufrieden und hegte die Hoffnung, daß er seine Doktorarbeit bald beenden werde. Da er ein Dissertationsthema aus der Geschichte der Antiken Religion gewählt hatte, wozu er auch die *jungsche* Methode der Symbolauslegung erlernen mußte, hatte ich keinen Einwand gegen seinen Wunsch, eine zweite Analyse nach C. G. JUNG zu beginnen. Und da irrte ich mich. Ich nahm nämlich an, daß der Patient die Gefahren einer Wiederholung der Besessenheit bzw. der Regression auf die Inflationsphase bereits überwunden hätte. Er erreichte in der Tat im Laufe der Schicksalsanalyse die Introjektionsstufe, indem er Frauen in Besitz nehmen sowie Fachkenntnis erwerben und arbeiten konnte. Beide Ereignisse habe ich falscherweise so ausgelegt, daß die Gefahr einer Inflationspaltung endgültig vorbei sei, die Fähigkeit zur Einverleibung und Inbesitznahme der Wertobjekte der Welt erlangt wurde, da er ja über ein Jahr hindurch beide praktisch ausgeübt hatte. Ich hoffte, daß die Anpassung, die Negationsfähigkeit, sich mit den Jahren weiter verstärken werde. Womit ich aber nicht gerechnet hatte, waren zwei Gefahrmöglichkeiten. Die erste ist die, daß wenn jemand eine hereditäre Bereitschaft zur inflativ-heboiden Spaltungsart mit sich auf die Welt bringt, er ein Leben lang in Gefahr steht, auf Umweltschwierigkeiten wieder und wieder mit dieser ererbten Spaltungsweise zu reagieren. Ich überschätzte damals leider die Wirkung der in Behandlung neuerworbenen Introjektionen und habe aus diesem Grunde keinen Einwand gegen eine *jungsche* Analyse gemacht. Und eben diese Art von Analyse wirkte sich bei dem Patienten als eine zweite, noch größere Gefahr aus, da ihre irrealen Symbolwelt auf ihn wie ein Wirbelsog wirkte. Er wurde allmählich in einen hermaphroditisch gefärbten irrealen Inflationsstrom hineingezogen und verlor die Widerstandskraft gegen diese saugende Ideenströmung völlig. Nach etwa einem Jahr mußte er die *jungsche* Analyse aufgeben und stand seelisch wieder in der Inflationsphase, also auf der gleichen Stufe, in der ich ihn 1947 in Analyse nahm. Und noch mehr. Er begann – und diesmal mit Recht – mir heftige Vorwürfe zu machen, weil ich ihn in die *jungsche* Analyse gehen ließ. In dieser Querulanzperiode hat er inzwischen die heterosexuellen Beziehungen völlig aufgegeben und wurde – wie vor der Schicksalsanalyse – völlig arbeitsunfähig. Ich gestand ihm offen meine Fehler und nahm sie auf mich. Ein Wiederbeginn der Analyse bei mir kam nicht in Frage. Ich gab ihm den Rat, in seine Heimat, nach Holland, zurückzukehren und dort in seiner Muttersprache eine dritte Analyse zu beginnen. Das tat der Patient ohne Zögern. Er ist nun seit etwa sechs Jahren in einer streng orthodoxen Psychoanalyse. Von Zeit zu Zeit besucht er mich in Zürich und – ohne daß ich ihn frage – berichtet er kurz über seine seelische Lage. Die Heftigkeit seiner Beschuldigungen gegen mich ließ nach. Er kommt stets wie ein verlorener Sohn mit Reue zum Vater zurück. Er lobt zwar seinen tüchtigen Analytiker, ist aber wegen dreier Umstände sehr besorgt. Erstens wegen der Unendlichkeit seiner Analyse (1947

bis 1962). Zum zweiten kränkt ihn, daß er in der Analyse, in Holland, in exklusiver Weise *manifest homosexuell* geworden ist. Er gab zwar die Hoffnung nicht auf, einmal wieder heterosexuell zu werden, doch ist er derzeit noch unfähig, seine homosexuellen Straßenbekanntschaften einzustellen. Der dritte Umstand, der ihm Sorgen macht, ist, daß er immer noch nicht arbeiten kann. Da er die Verwaltung seines Erbvermögens selber übernahm, begann er – teils mit Grund – heftig zu prozessieren und ist von den Prozessen seelisch völlig besessen. An Stelle der Querulanz kam also der Drang zu prozessieren. Trotz allem sah ich bei seinem letzten Besuch eine günstige Wandlung. Er gab die zu hoch gesteckten akademischen Berufsziele endlich auf und studiert derzeit in einer Schauspielschule. Der Schauspielberuf entspricht schicksalsanalytisch dem Triebfaktor der Hysterie völlig, der ja – nach unseren Untersuchungen<sup>1</sup> – bei der schizo-paroxysmalen Ich-Spaltung eben das theatralische, pathetische, ekstatische Heboide verursacht (vgl. hierzu Abb.9).

Wir ziehen die Lehre aus diesem Fall: Die Gefahrenzone in der Schicksalsanalyse war durch die falsch beurteilte Stärke der hereditären Inflation gekennzeichnet. Sie stellt in den meisten Fällen eine ernstere Gefahr zu Regressionen dar, als wir vermuteten. Die *jungsche* Art der Analyse – insbesondere bei Jugendlichen – trägt eo ipso die Gefahr einer Inflation in sich. Die klassische Psychoanalyse kann – durch die Übertreibung der Passivität seitens des Analytikers – der latenten Homosexualität zur Manifestation verhelfen. Wir zitieren die Worte FREUDS, mit denen er einmal mündlich zur Frage der Erziehung Stellung nahm: «Wie man es macht, ist es falsch.» Dies gilt insbesondere auf Fälle mit Querulanzneigung. Denn das Querulieren kann in bestimmten Fällen auch den Einbau der paranoiden und inflativen Psychose in den Charakter bedeuten.

\*

Nach der Darstellung dreier mißglückter Behandlungen von schizo-paroxysmaler, heboider Spaltungsart, zeigt der vierte Fall, daß auch bei dieser sehr schweren Ich-Störung – unter Umständen – eine Therapie günstig zu Ende geführt werden kann. Es ist der bereits ausführlich mitgeteilte *Fall 15*, eines Konduktors von paranoider Schizophrenie und Epilepsie, der durch die Schicksalsanalyse geheilt wurde. In den nachfolgenden sechs Jahren kam kein Rückfall.

---

<sup>1</sup> Triebpathologie, Bd. I, S. 310.

DIE VIERTE SPALTUNGSFORM  
ENTFREMUNG UND INTROJEKTIONSWAHN  
DIE PAROXYSMALEN, AFFEKTIVEN UND  
INTROJEKTIVEN ICH-SPALTUNGEN

Zu dieser Spaltungsgruppe gehören zwei klinisch verschiedene, ätiologisch dennoch eng zusammengehörende Ich-Störungen: 1. die Entfremdung, d. h. die Depersonalisation und die Derealisation; 2. der Introjektionswahn. Das Gemeinsame der beiden Spaltungsarten ist *die führende Rolle der Affektstörungen* in der Pathogenese.

*Begriffsbestimmung.* Der Begriff der Entfremdung bezieht sich sowohl auf die Störungen in der Wahrnehmung der Ich-Innenwelt – wie auch auf die Ich-Außenwelt-Beziehung. *Die Störungen im Ich-Erleben werden im allgemeinen Depersonalisation, die im Welt-Erleben Derealisation genannt*<sup>1</sup>. Mit Recht zitiert J.-E. MEYER (München) in seiner Darstellung dieser Frage die Auffassung des Philosophen DILTHEY: «Wäre das Selbstbewußtsein ausgelöscht, so gäbe es kein Außen mehr für die Objekte, es fehlte der Ansatz zu der Relation des Eigen oder des Innen zu dem Außen<sup>2</sup>.» Daher auch die Untrennbarkeit der Begriffe Depersonalisation und Derealisation. J.-E. MEYER sieht das Gemeinsame beider Begriffe in der Isolierung des Ichs, in deren Folge die Kommunikation mit der Außenwelt erschwert wird, indem die Person von der Welt quasi abgeschieden ist. Wir möchten diese Behauptung dahin präzisieren, daß bei der Entfremdung nicht das ganze Ich, sondern nur eine seiner Elementarfunktionen abgespalten wird. *Die experimentelle Ich-Analyse hat nämlich aufgedeckt, daß der Prozeß der Entfremdung im Ausfallen der Introjektionen durch eine primäre Affektstörung besteht*<sup>3</sup>. Die Introjektion ist als die Brücke aufzufassen, durch die einerseits die Wahrnehmung der Außenwelt, andererseits die der inneren Welt zustande kommt. Bricht diese Wahrnehmungsbrücke zusammen, oder ist der Weg darüber zur Außen- oder Innenwelt teilweise oder völlig verschüttet, dann erscheinen die Entfremdungsgefühle<sup>4</sup>. J.-E. MEYER betont, daß das Erleben der Entfremdung von den Kranken – unabhängig von jeglicher Ätiologie – fast monotonerweise mit denselben «Metaphern von Traum, Halbschlaf oder Umdämmerung, von Abgeschiedenheit, Verlorenheit, Unwirklichkeit, von Leblosigkeit, unbeseelten mechanischen Aktionen oder Ich-Verlust» geschildert wird.

Die *Pathogenese* bzw. *Psychogenese* der Entfremdung ist derzeit noch nicht eindeutig aufgeklärt.

a) In der *Psychiatrie* wird des öfteren darauf hingewiesen, daß die Depersonalisations- und Derealisationsphänomene bei den sogenannten großen Psychosen, so

<sup>1</sup> Zur Differenzierung der Entfremdung von der Depersonalisation nach P. FEDERN, *Ich-Psychologie*, S. 183.

<sup>2</sup> MEYER, J.-E.: *Die Entfremdungserlebnisse*. G. Thieme, Stuttgart, 1959, S. 4.

<sup>3</sup> *Triebpathologie*, Bd. I, 1952, S. 133, 284, 328; *Ich-Bild*: 163, 328 f.

<sup>4</sup> *Lehrbuch der Experimentellen Triebdiagnostik*, II. Aufl., S. 161 f.



bei der Schizophrenie und dem manisch-depressiven Irresein, nur Übertreibungen bzw. Verbleibungen von auch physiologisch auftretenden Entfremdungszuständen darstellen. In seiner Monographie spricht J.-E. MEYER 1. von *Depersonalisation als akuter Erlebnisreaktion mit kurz dauernder Schrecklähmung* («vom Schreck gelähmt, betäubt, gebannt, erstarrt») und 2. von *langdauernder Depersonalisation*, bei der die einst akut, psychotraumatisch entstandene Schrecklähmung und die konsequente Abgeschiedenheit von der Welt auf eine längere Weile fixiert und schwer zu beheben ist. Als psychische Traumen können akute Katastrophen in der Affektbeziehung, reale Bedrohungen und Gefahrsituationen, meistens aber unerträgliche und unslösbare Konfliktsituationen wirken. In beiden Situationen ist die Entfremdung ein Schutzmechanismus, der dem Emotionsstupor ähnlich wirkt<sup>1</sup>. Wir können hinzufügen, daß dieser Schutzmechanismus hysteriformer, affektiver Natur ist. JASPERS, HEILBRONNER, MEYER und andere Autoren erwähnen, daß die Entfremdung seltener auch dem Ziel dient, die Welt durch Tagträumereien zu verschönen. «Was Jahre hindurch nur die Bedeutung von Tagträumereien hatte und die Erfüllung der täglichen Aufgaben nicht nennenswert zu hindern schien, kann unter einer seelischen Belastung zur Depersonalisation erstarren<sup>2</sup>.» Es ist somit ersichtlich, daß in dem klinischen Bild der Entfremdung sowohl unlust- wie lustbetonte Affekterlebnisse erstarren. Beide können akut oder chronisch die Person von der Welt abspalten.

b) Die *Psychoanalyse* FREUDS führt die Entfremdungszustände auf ein außergewöhnliches Maß des Libidoverlustes zurück. Diese Annahme wurde von R. SPITZ quasi experimentell bekräftigt und sogar verfilmt. Er beschreibt im Laufe der Affektentwicklung des Kleinkindes neben der Reaktion des «Dreimonatslächelns» auch die sogenannte «Achtmonatsangst». «Im Falle des Lächelns wird das Gestaltssignal ‚Gesicht‘ mit den Erinnerungsspuren von menschlichen Partnern konfrontiert und akzeptiert, weil es ihnen homolog ist. Bei der Achtmonatsangst wird die Wahrnehmung des Gesichtes der fremden Person als Gesicht mit dem Erinnerungsbild des mütterlichen Gesichtes konfrontiert. Es erweist sich als von ihm verschieden und wird abgelehnt<sup>3</sup>.» Wie lehnt aber das acht Monate alte Kind das fremde, unlustbetonte Gesicht ab? R. SPITZ schreibt: «Das kann von einem Senken des Blicks bis zum Weinen und Schreien gehen...» «Es kann sich unter der Bettdecke verstecken, es kann sich im Bett auf den Bauch legen und den Kopf unter dem Bettlaken verbergen. Es kann sein Gesicht mit dem hochgehobenen Hemdchen zudecken, oder sich mit den Händen die Augen zuhalten» (vgl. dazu den Film des Autors «Anxiety», 1953). Diese gefilmten Tatsachen sind in bezug auf die Entfremdung aus mehreren Gründen wichtig. Erstens wird ersichtlich, daß die der intellektuellen vorausgehende Affektentwicklung bzw. die der Lust- und Unlustaffekte in der Entwicklung der Wahrnehmungen im frühen Kindesalter eine eminente Rolle spielen. *Affekte können schon sehr früh die Wahrnehmungen ausschalten bzw. hemmen*. Zum zweiten: Obwohl in der Partizipationsphase der Mutter-Kind-Einheit die Projektion dominiert, hat die Wahrnehmungsfunktion der Introjektion bereits begonnen. Sie beschränkt sich insbesondere auf die Gesichtswahrnehmung der Mutter (= Lust) oder Nicht-Mutter (= Unlust). Drittens ist

<sup>1</sup> MEYER, J. E.: Zitierte Arbeit, S. 59 ff.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 60.

<sup>3</sup> SPITZ, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, 1957, S. 49.

wichtig, daß schon das acht Monate alte Kind sich *durch Ausschalten des Sehens* vor Unlustwahrnehmungen schützt. Die Art des Schutzmechanismus ist die gleiche wie bei den großen Affektneurosen, der Epilepsie und der Hysterie. Dieser Tatbestand stimmt mit der Erfahrung überein, daß auch die erwachsenen Depersonalisierten die Abgeschiedenheit von der Welt am häufigsten «als Beeinträchtigung der optischen Wahrnehmung erleben, während andere Sinnesgebiete nur in schweren Depersonalisationen mitbetroffen sind»<sup>1</sup>. Viertens scheint für die Pathogenese wichtig zu sein, daß schon das Kleinkind «fremdet». Denn bei dieser infantilen Form der Entfremdung spielen dieselben Faktoren wie bei der der Erwachsenen mit: Unlust, Unsicherheit, Angst, Schreck, Enttäuschung und Bedrohung. Der Libidoverlust in der kindlichen Partizipationsphase in bezug auf die Mutter ist ein stets vorhandenes Motiv in allen Biographien Entfremdeter. Wie das Kind das ihm fremde Gesicht, welches an Stelle des Antlitzes der Mutter erscheint, nicht sehen will und sich enttäuscht verkriecht, genau so reagieren die depersonalisierten Erwachsenen gegenüber unerträglichen Konfliktsituationen.

P. SCHILDER hegt die Meinung, «daß in der Depersonalisation von bestimmten Erlebnissen der Persönlichkeit die Libido abgezogen wird und in andere Teile der Persönlichkeit postiert wird. Daß es sich im wesentlichen um eine Rückziehung der Libido in eine der Gestaltungen des Ideal-Ichs handelt, geht unter anderem auch daraus hervor, daß die traumatischen Erlebnisse der Depersonalisation ja gleichfalls nicht mit Libido besetzt bleiben; auch hier wird die Libido nicht postiert»<sup>2</sup>. NUNBERG betont die Rolle des Verlustes eines wichtigen Liebesobjektes bei der Depersonalisation wie auch deren Ubiquität beim Beginn der Neurosen. Der Autor glaubt, daß die Kränkung des Ichs durch die Zurückhaltung der Objektlibido von einem Objekt die Depersonalisation hervorruft<sup>3</sup>. Auf die Frage, warum bestimmte Neurosen dauernd von Entfremdungen beherrscht werden können, fanden P. SCHILDER wie auch ABRAHAM und NUNBERG<sup>4</sup> keine Antwort. SCHILDER vermutet dennoch, daß – ähnlich wie bei der Hypochondrie – auch bei der Depersonalisation die narzißtischen Organe am leichtesten der Entfremdung erliegen. Dasselbe bezieht sich auf die ganze Persönlichkeit der Entfremdeten. Sie sind häufig nicht vernachlässigte, sondern verwöhnte und bewunderte Kinder, die auch später – als Neurotiker – hochintelligente, gutaussehende Menschen sind (J.-E. MEYER). Diese Beobachtung P. SCHILDERS wie auch eine andere, wonach Depersonalisierte sich gegenüber konfliktbeladenen Personen (Eltern, Ehepartnern usw.) sadomasochistisch verhalten, konnten wir durch unser Krankenmaterial bestätigen.

P. FEDERN geht noch weiter und meint, «daß allen Psychosen und Neurosen eine Ich-Störung im Sinne der Entfremdung vorausgeht, daß sie aber meistens bei der Etablierung der Neurose oder Psychose schon wieder vergangen ist, denn sie geschah oft in der frühen Kindheit und wurde vergessen». Diese letzte Behauptung steht im Gegensatz zur Meinung von J.-E. MEYER, nach welcher ausgeprägte

---

<sup>1</sup> MEYER, J. E.: Zitierte Arbeit, S. 59.

<sup>2</sup> SCHILDER, P.: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Ins. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925, S. 42.

<sup>3</sup> NUNBERG, H.: Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie. Int. Ztschr. f. Psa. X, 1924.

<sup>4</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 41 ff.

Depersonalisationen im Kindesalter nicht vorzukommen scheinen<sup>1</sup>. Seiner Ich-Lehre entsprechend, führt P. FEDERN die Entfremdung auf eine Ich-Besetzungsstörung zurück. Auffällig ist, daß FEDERN sich bemüht, die Entfremdung von der Depersonalisation zu unterscheiden. Er sagt: «Beide Symptome gehen einer Psychose voran. Bei der Entfremdung funktioniert zwar das Ich noch in seinen normalen Grenzen, aber in quälend lustloser Art. Objekte werden darum entfremdet gefühlt, weil die entsprechende Ich-Grenze unvollkommen besetzt ist, der libidinösen Komponente ihrer Besetzung ermangelnd. Die Depersonalisation beruht auf einer ganz anderen Besetzungsstörung. Das Ich fühlt sich nicht als zusammenhängende Einheit. Reaktionen, welche Orientierung und Tätigkeit in der Wirklichkeit bedingen, gehen noch fehlerlos vor sich. Dem Gedachten wird noch keine falsche Wirklichkeit zugeteilt. Aber das erfreuliche Ich-Gefühl fehlt. Bei aller Verschiedenheit ihrer höchst merkwürdigen Klagen stimmen depersonalisierte Individuen in dem einen Punkte überein, daß die eigene Person ihnen unheimlich geworden ist, weil das Ich nicht als etwas automatisch, d.h. vorbewußt, Zusammengehöriges gefühlt wird<sup>2</sup>.» Wir erachten diese Differenzierungsbemühungen für übertrieben. Denn u. E. wird ja durch die Störung der Introjektion in allen Fällen von Entfremdung die «Zusammengehörigkeit» des Ich-Gefühls gestört, es wird ja die Ganzheit der Umlaufbahn im Ich unterbrochen.

P. FEDERN zählt die akuten Anlässe zur Entfremdung auf: Schlaflosigkeit, körperliche und seelische Erschöpfung, lang dauernde, schwere Konflikte, gehäufte Sexualtätigkeit oder beständige Gereiztheit, insbesondere masochistische Ansprüche, aber auch zu hoffnungsvollen Phantasien führende freudige Erregungen. Die Entfremdung nach dem Verlust eines Liebesobjektes führt nach P. FEDERN nicht zu Psychosen.

Für unsere Auffassung, wonach *Entfremdungszustände affektive Anfallserkrankungen darstellen*, ist wichtig, daß auch FEDERN den Anfallscharakter dieser Ich-Störungen beobachtete. Die experimentelle Ich-Analyse, die Stammbaumforschungen und das analytisch erworbene Material bei Entfremdeten führten uns zu folgenden Annahmen. (Siehe Abb. 26).

Die Entfremdung (Depersonalisation und Derealisation) ist jene besondere Spaltungsart, bei der die Aufstauung von groben, thanatomanischen, kainitischen oder die von zarten erotischen Affekten die Wahrnehmungsbrücke, d. h. die Introjektion, partiell oder total ausschaltet. *Nach dieser Auffassung ist also die Affektstörung das primäre Moment in der Pathogenese der Entfremdung, die Ich-Störung hingegen sekundär und zumeist nur episodisch.* Entfremdungsstörungen sind u. E. die sekundären Spaltungsstörungen der epileptiformen und hysteriformen Affektneurosen.

Wir erachten die Differenzierung von psychasthenischen (P. JANET)<sup>3</sup>, neurotischen und psychotischen Entfremdungsarten für unrichtig und unspezifisch. Denn nach unserer Erfahrung können Entfremdungsgefühle nur bei unerträglichen Affektstauungen tötender oder liebender Gesinnung auftreten, und *die Ausschaltung der introjektiven Außen- und Innenwelt ist ein Schutz gegen die Unerträglichkeit*

<sup>1</sup> Zitierte Arbeit, S. 61.

<sup>2</sup> Zitierte Arbeit, S. 182 f.

<sup>3</sup> SCHWARTZ, L.: Die Neurosen und die dynamische Psychologie von Pierre Janet. B. Schwabe, Basel, 1951, S. 404 ff.

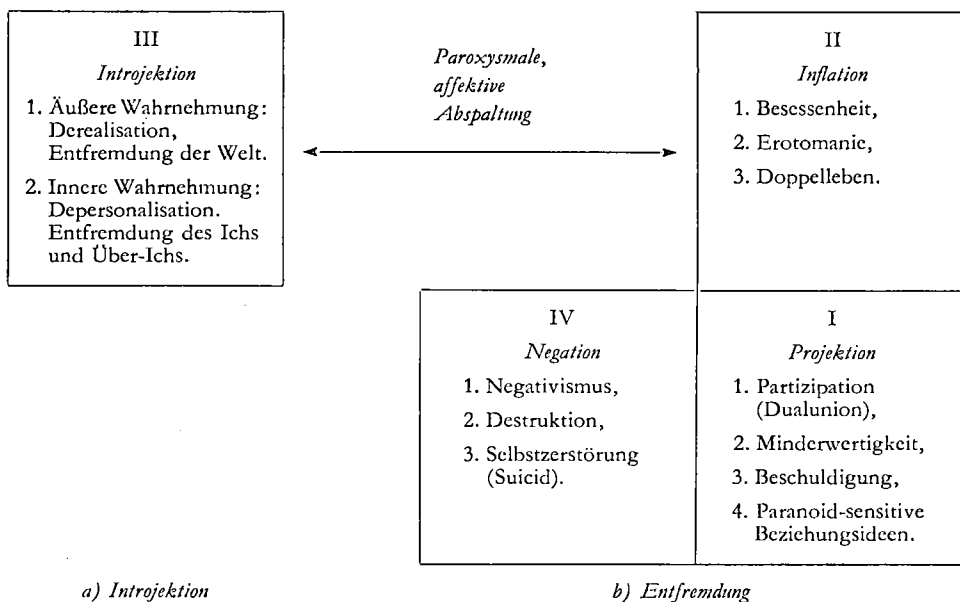


Abb. 26. Schema der Ich-Spaltung in Introjektion und Entfremdung

der Affektaufstauungen. Ob nun die Person, trotz Entfremdung, gesund bleibt oder neurotisch oder psychotisch wird, hängt primär nicht mit der affektiven Ausschaltung der Introjektion aus der Umlaufbahn zusammen, sondern ausschließlich von dem Umstand ab, ob die eine oder die andere der zurückgebliebenen drei Elementarfunktionen an sich krankhaft überstark angelegt ist.

Der genetischen Ätiologie der Depersonalisation wurde in der einschlägigen Literatur wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da man der Ansicht war, daß die Psychogenese, das traumatische Erlebnis (Unfall, ungewollte Verlobung, Zwangsentscheidungen, Liebesenttäuschungen usf.), zum Verstehen der Entstehung der Entfremdung ausreiche. Wir können die Erbergebnisse bei den uns bekannten oder von uns selber analysierten Fällen in drei Richtungen charakterisieren.

1. Wir fanden fast ausnahmslos *paroxysmal-epileptiforme* bzw. *hysteriforme* Mitglieder in der Familie von Depersonalisierten. Und zwar: als Dämmerattacken, Absencen. Einige Patienten waren selber Nachtwandler (Fall 49). Auch J.-E. MEYERS Fall III «Rosemarie» hatte als Kind Schlafwandeln, nächtliches Aufschreien (Pavor nocturnus). Mehrere hatten typische Migräneanfälle (auch Fall VII von J.-E. MEYER) oder Asthma, Ekzem und andersartige Allergieerscheinungen. Oft wählen die Mitglieder dieser Familien den Pfarrerberuf.

2. Die leichtere Form von Schizophrenie ohne Demenz ist die zweithäufigste Erbkrankung der Sippe der Entfremdeten (Fall 49).

3. Auch gehäufte Suicidfälle wurden von L. WURMSER hervorgehoben<sup>1</sup>.

Die genetischen Komponenten scheinen somit *paroxysmal-schiziformer* Natur zu sein. Dieser Umstand könnte auch die Ursache sein, warum die Depersonalisa-

<sup>1</sup> WURMSER, L.: Über die Entfremdung. Szondiana III: Diagnostik, Prognostik und Therapie des Schicksals. Huber, Bern und Stuttgart, 1962, S. 96 ff.

tion in der Literatur mit Hysterie, Epilepsie und Schizophrenie in Verbindung gebracht wurde. Die Beziehung der manisch-depressiven Erkrankung zur Depersonalisation fußt u.E. nicht auf einer genetischen Basis. Obwohl die Depersonalisierten mit der Diagnose Zyklothymie des öfteren etikettiert sind, erachten wir ihre Stimmungsbilder eher als Folge denn als primäre Ursache der Entfremdung. Wir kamen zu der Annahme, daß die prä- und postmorbiden Entfremdungszustände bei jeglicher Art von Psychosen keine spezifischen strukturellen Beziehungen zu der Art der Psychose aufweisen, sondern genau so wie in den physiologischen und neurotischen Fällen, primär auf die Affektstörungen zurückzuführen sind.

*Die klinischen Formen* der Entfremdung werden von den Schicksalen der nach der Introjektionsspaltung zurückgebliebenen drei anderen Elementarfunktionen des Ichs bestimmt. Diese sind: *die Negation, die Projektion und die Inflation* (siehe Abb.26).

A. Unter *physiologischen* Umständen bewirken diese drei Elementarfunktionen – ohne krankhafte Triebstärke:

- a) die physiologischen *Tagträumereien*;
- b) die Entfremdung bei *Eifersucht*.

In beiden Zuständen ist das ich-psychologische Geschehen das nämliche. Das Ich negiert die Verlassenheit, oder es verneint die Weiblichkeit, oder es bekämpft die Inflation und die Projektion. So entstehen in der Kindheit, insbesondere in der Pubertät, doch auch Tagträumereien und die Verselbständigungen von Eifersuchtsideen nach dem Verlust des Liebesobjektes. Auch in diesen physiologischen Entfremdungsvorgängen ist die Affektaufstauung das Primäre.

B. *Die pathologischen Formen* der Entfremdung:

a) *Aura epileptica* (Fall 51)<sup>1</sup>.

b) *Hysteriforme Entfremdung*: Konversionserscheinungen mit partieller Ausschaltung bestimmter Sinnesorgane (insbesondere hysterische Blindheit, Anosmie, ferner Aphasie, Astasie, Abasie, Schrecklähmungen usw.).

c) *Affektive Selbstdestruktionen*, bei denen die krankhafte familiäre Negation unter den zurückgebliebenen Elementarfunktionen die Hauptrolle spielt. Hierher gehören die gehäuften Selbstmordanfälle, wie die katatoniformen Negativismen in den Entfremdungsphasen (Fall von L.WURMSER).

d) *Affektive Entfremdungen mit paranoiden oder paranoid-depressiven Zuständen*, die eben durch die genetisch-familiäre Überstärke der Projektion entstehen (Fall 6).

e) *Affektive Entfremdung mit Inflation*, mit Größen- oder Religionsideen, die immer dann entstehen, wenn die familiäre Überstärke der Inflation nach Ausfall der Introjektion die Macht im Ich ergreift. Diese Fälle werden häufig falscherweise zu den Manisch-Depressiven eingereicht, da

f) die affektive Entfremdung, die bei denselben Kranken nach einer eroto-, onio- oder andersartigen inflativ-manischen Phase in eine *katatoniforme Depression* umschlägt, oft mit Verneinung des Lebens und mit *Arbeits- bzw. Lernstörungen*<sup>2</sup>.

g) *Die hypochondrische Entfremdung* wurde fast von allen Autoren, insbesondere von P.SCHILDER und J.-E.MEYER, hervorgehoben. *Die Neigung zur Entfrem-*

<sup>1</sup> Ausführlich dargestellt (Fall 1) Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 84 ff.

<sup>2</sup> Triebpathologie. Huber, 1952, S. 326 ff. (Fall 29).

dung der Hypochonder ist trieb- und ich-analytisch durch die Umdrehung der primären kaintitischen Gesinnung (wie z.B. beim Ödipuskomplex) in eine masochistische Wendung der Aggression gegen die eigene Person aus Schuld- und Strafbedürfnis verständlich und experimentell bestätigt. Die extremen Eifersuchtsanfälle in den Biographien von Hypochondern sprechen ebenfalls für die primäre Störung im Affektleben, welche dann die Abspaltung der Introjektion bewerkstelligt.

b) Im Gegensatz zur Hypochondrie ist der Zwang als Selbstheilung der Entfremdungsanfälligkeit aufzufassen. Je stärker die Zwangshandlungen sind, um so seltener werden die Entfremdungsschübe. Nach J.-E. MEYER sind Zwang und Depersonalisation die eigentlichen Antipoden. Daher das Nacheinander von Zwangs- und Depersonalisationssyndromen.

*Fall 49. Ich-Analyse eines Depersonalisierten.* Der 50jährige Gymnasiallehrer für Naturkunde leidet seit der Primarschule, insbesondere seit seiner Scheidung von der ersten Frau, an Entfremdungsgefühlen, die er selber folgenderweise beschreibt:

«Meine Entfremdungsgefühle beginnen meistens mit einem äußerst intensiven Erleben der Umwelt. Es ist etwa so, wie wenn eine Glühlampe vor dem Erlöschen noch einmal äußerst intensiv aufleuchtet. Dann aber rückt die Außenwelt in die Ferne; mein Weltgefühl geht zurück. Alles wird wie mit einem Photoapparat sachlich, rein objektiv ohne Seele gesehen. Dabei aber fühle ich im Hintergrund immer etwas wie eine unerfüllte Pflicht, oder wie einen Konflikt, der weder gelöst noch vergessen werden kann. Bin ich aber durch eine Betätigung gefühlsmäßig an die Umwelt gebunden, so klingt der Hintergrund ab.» Die Entfremdungszustände können Tage, seltener Wochen hindurch dauern.

Zum ersten Stadium bemerkt der Analysand noch, daß er zu jener Zeit euphorisch, quasi besessen ist, hypomanisch betriebsam, das Zeitgefühl und die Selbstkritik verliert. Die Welt kommt ganz in die Nähe: Gegenstände, Menschen und Tiere unmittelbar um ihn beherrschen die Welt. Sie wird kleiner aber konkreter. Diese Phase dauert höchstens einen Abend oder Nachmittag. In der zweiten Phase zieht sich die konkrete Welt zurück. Es entsteht die Weite und die Tiefe. Mit großen Distanzen wird die Natur, Himmel, Sterne, Wind usf., kontemplativ erlebt. Das Drinsein in der Welt ist nicht absolut. Die Welt verliert ihre Qualität, ihre Farbe und ihren Glanz. Der Photoapparat arbeitet weiter, aber das seelische Erleben zieht sich zurück. Ein mühsames, depressives Gefühl des Sich-herum-Schleppens überfällt einen. Die Entfremdungsgefühle sind am Morgen am stärksten. Er schleppt sich mechanisch, apathisch wie eine ablaufende Maschine zwei bis drei Stunden in der Wohnung herum; döst arbeitslos auf der Couch oder im Lehnstuhl bis Mittag hin, und erst der Abend bringt eine leichte Auflockerung. Es ist wie der Lebensrhythmus der Tiere. Während die erste, euphorische Phase vom Patienten als eine Überschwemmung mit Ideen charakterisiert wird, die er alle so konkret sieht, daß er in der unmittelbaren Nähe der Verwirklichung zu sein wähnt, kommt in der zweiten Phase das Gefühl der Notlandung; alles klingt in ihm ab, und er beginnt zu gähnen. Er hat das Gefühl, daß der Treibstoff ausgeht. Der Drang, etwas zu verwirklichen, was vorher noch so konkret vor ihm stand, verschwindet wie Rauch, und alle Affekte sind verlöscht. Schon am Morgen fühlt er Unlust gegen die Arbeitspflicht und schützt sich gegen diese Unlustattacken durch

die Entfremdung. Er fühlt die Tagesarbeit unüberwindlich groß, da ihm die Zeit nicht reicht, in sie richtig einzusteigen. Alles wird aufgeschoben; er kann weder schreiben noch lesen. Die Gefühle sind wie Matscheiben.

\*

Ich-analytisch ist es von Interesse, daß diese Art von Entfremdung durch eine kurzdauernde Vorphase der Inflation eingeleitet wird. Er hat das Gefühl, daß er die Ideen, mit denen er besessen ist, sofort zu verwirklichen vermöchte. Das heißt: das Ich versucht sich die Inhalte der Inflation durch Introjektion einzuverleiben und die Ideen in die reale Welt hineinzustellen. Diese Umsetzung der inflativen Ideen in die Wirklichkeit durch Introjektion ist eigentlich physiologisch und heißt: Arbeiten. Die Krankheit beginnt erst, wenn eben das Arbeiten, d.h. die Pflichterfüllung am Morgen so sehr unlustbetont wird, daß er sich vor der Pflicht und der Welt völlig zurückzieht. Er entfremdet somit dasjenige Stück der Welt, welches von ihm die Erfüllung seiner Arbeitspflicht verlangt.

Auf Grund eines Traumes hat dieser hochintelligente Lehrer die Formvariationen seiner Entfremdung selber beschrieben. Zuerst bringen wir den Traum mit einigen Einfällen, danach die Auslegung des Patienten. Traum 74, erster Teil:

«Wir befinden uns auf einer *Schulreise*. Wir sitzen in einem Restaurant *und bekommen nichts zu essen*. Nach langer Wartezeit reklamiere ich.»

Zweiter Teil:

«Ich befinde mich auf einer Art Balkon an einer Hauswand, dessen Boden durch eine Kiste gebildet wird, in welcher eine elektrische Anlage, Radio usw. untergebracht ist. Ich muß aufpassen, daß diese Kiste nicht durch falsche Bewegungen an der Außenwand des Hauses herunterfällt.»

Die Einfälle zum ersten Teil führten den Analysierten nach Italien. Er spricht von der Maturareise nach Florenz, Rom, Neapel. Das Restaurant hatte kahle Marmorwände, wie ein Kloster. Zum Satz des Traumes «wir bekommen nichts zu essen», fällt ihm ein, daß er entweder maßlos oder nichts ißt. Dann treibt er eine Art von *Asketismus*, kann von Brot und Wasser leben. Menschen mit mittlerer Bescheidenheit, wie sein Vater, regen ihn auf. Diese Menschen verpassen sowohl die Lebenskunst wie den Asketismus.

Zum zweiten Teil des Traumes führen die Einfälle zu einem Überseekoffer, zu der Ferne, zum Weitwegstreben und Zurückstreben, zum Mann, der in die ferne Welt auszieht, um größer zurückzukommen . . . Dazu bemerkt er, daß das Auswandern, um groß zu sein, bei ihm das Gegenstück zu der Entfremdung ist. «Aber die Entfremdung ist dennoch im Traum symbolisch in der Kiste, in dem Koffer drin. Man sieht ja ihn – den Analysanden – in der Periode der Entfremdung nicht. Er ist – zu jener Zeit – in der Tat der blinde Passagier im Koffer . . . In dieser Kiste ist aber eine Höllenmaschine, um eine Welt in die Luft zu sprengen. Im ersten Teil des Traumes protestiere ich noch dagegen, daß es in dieser Welt nichts zu essen gibt. Im zweiten Teil aber agiert die Verschwörung, die Aggression, die Destruktion, die Höllenmaschine, die Revolution auf der Bühne. Es ist eine Palastrevolution meiner Seele.»

Danach erkennt er die zwei Arten seiner Entfremdungszustände. Die erste nannte er

1. die *asketische, entsagende, pseudodepressive, klösterliche Entfremdung*, in der er

gegen seine eigene innere Welt revoltiert, weil diese so unlustvolle Pflichten und Komplexe in ihm erweckt. Die Folge ist, daß er sich von der Welt der Arbeit zurückzieht, apathisch hindöst und sich herumschleppt. Es herrscht in ihm eine kahle Klosterstimmung mit einem liebenden Hang zu Asketismus und Abstraktion. Der seelische Hintergrund wird aber vom *Besitzdrang* beherrscht. Die zweite Form ist:

2. die *revolutionäre, explosive, aggressive, oft oralaggressive Entfremdung*, in der er gegen die Außenwelt rebelliert, weil er von ihr nichts zu «essen» bekommt. In dieser Phase will er nicht entsagen und verzichten, sich ins Kloster zurückziehen, sondern die schlechte Welt, wie ein Rebell, mit einer Höllenmaschine in die Luft sprengen. Er phantasiert über Staatsstrieche und träumt vom Aufbau einer Gesellschaft auf neuer sozialer Basis. Im Hintergrund dieser zweiten Entfremdungsart steht aber nicht der Besitzdrang, sondern der *Größenwahn, die Inflation* mit tötender Gesinnung. Hier braucht er die Feuerwehr – als Gegensatz zum Asketismus. Diese Form hängt – so behauptet er selber – mit dem Wechsel von der Instase zur Ekstase zusammen.

\*

Es fällt dem Ich-Analytiker nicht schwer, in der «asketischen» Form die Entfremdung durch Ausfall der Introjektion, in der explosiven, revolutionären Form hingegen die schizo-paroxysmale Spaltungsart nach Ausfall der Inflation zu agnoszieren.

\*

Der nächste Traum deckt nun die nähere Psychogenese der Entfremdung auf, d. h. warum der Analysierte die Introjektionen abspaltet.

I. «Ich stehe in Gesellschaft von Reisenden vor einem großen Wandbild (Fresko). Dieses befindet sich an der Mauer eines großen Hauses in Luzern. Die Leute schauen mit der üblichen Miene von Feriengästen das Bild an.»

II. «Ich fahre als Fahrgast in einem Auto, welches nur aus dem hintern Teil der Karosserie besteht, also keinen Führersitz und keine Windschutzscheibe besitzt. Ich überlege mir, ob ich mich auf dem Sitz hinlegen soll oder nicht.»

Nach reichlichen Einfällen legt der Analysand selber den Traum folgender Art aus: «Im ersten Teil stellt das große Haus eine Mauer ohne Fenster dar. Diese Mauer symbolisiert eine vollständige Abtrennung von der Welt. Das Haus ist ein Gebäude meiner Komplexe, und die Bilder (Fresken) sind meine Symptome. Man sieht aber nur die Symptome (die Bilder) und sucht nicht nach den Komplexen. Die Wand ist die Grenze des Bewußtseins. Das Wandbild ist die Realisation, die Umkehrung der Entfremdung. Die leere Wand ist die Entfremdung, die Wand mit den Bildern: der Aufbau der eigenen Welt, die Realisation. Die leere Wand trägt keine anziehenden Familienbilder, darum ist sie ein Symbol für die Entfremdung von der Familie. Ich bin in einer ständigen Opposition zu den Eltern aufgewachsen. Sie wollten aus mir etwas machen, was ich nicht wollte: ein geistiges Wesen humanistischer Art in einem Alter, wo ich Fußball spielen wollte. Meine Familienmitglieder sind mir wesensfremd. Ich will diese verknorzten Bauern nicht akzeptieren. Die Frage ist: Wie kann ich meine eigene Welt schaffen, nachdem die Familie nicht nur in mir, sondern als Sippe ein Trümmerhaufen wurde. Niemand ist da, mit dem ich mich identifizieren könnte. Ich stamme aus einer degenerier-



ten Sippe; daher meine Schwierigkeiten. Ich kann nur eine künstliche Familie schaffen und diese introjizieren. Darum kam ich zu Ihnen. Mit der Familie geht die Introjektion nicht. *Meine Entfremdung kommt aus Schutz und Trotz!* Wie die fremden Touristen im Traum, so schaue ich meine Familiengalerie und auch meine Komplexe an<sup>1</sup>.»

\*

Aus dieser Selbstdarstellung wird klar, daß der Analysand seine Familie aus Trotz verleugnete. Das Fehlen der Introjektion der Ahnenbilder – d. h. «die leere Wand» im Traum – trägt die Schuld, das er zur Identifizierung unfähig wurde und sich von der inneren und äußeren Welt entfremdete.

Der zweite Teil des Traumes sucht die Quelle der Entfremdung in der Beziehung zur Mutter und den Frauen. Er legt diesen Teil so aus: «Das Auto ist mein eigenes Leben. Ich sitze vorne, ohne Führersitz und ohne Windschutzscheibe. Da haben wir die Selbstdestruktion! Nach FREUD wäre es eine Kastrationsgeschichte. Aber das Auto fährt ja weiter . . . Oder wenn ich mich kastrieren lasse, dann habe ich endlich Ruhe . . . Der Führersitz im Traum kann auch Kopf bedeuten. Das Fehlen des Führersitzes kann die Entfremdung symbolisieren. Also der Ich-Teil des Autos (des Lebens) ist ausgeschnitten. *Es* fährt weiter. Der Wagen ist vorne offen, also eine Frau. Ich bin also kastriert. Das Auto hat keine Windschutzscheibe will heißen: Ich bin dem Wind ausgesetzt, ich bin verlassen. Ich bin also wie eine verlassene Frau, bei der die Männlichkeit ausgeklammert wurde.» Auf meine Frage: Warum geschah all das? antwortete der Analysand: «Mit den Frauen treibe ich es so weit, bis ich sie habe, in Besitz nehme. Dann aber will die Frau *mich* in Besitz nehmen, und dann laufe ich in die Entfremdung. Ich bin dem Drang der Frauen, mich in Besitz zu nehmen, nicht gewachsen. Ich kann sie wohl in Besitz nehmen, aber nicht behalten, weil ich sie entwerte. Darum mußte ich mich dreimal scheiden lassen. Der kaptative Gegenangriff der Frauen zwingt mich zuerst zur Aggression, dann zum Ausreißen, schlußendlich zur Scheidung. Danach aber kommen Schuld- und Entfremdungsgefühle.» Auf meine Frage, ob die Entfremdungen bei ihm nicht doch als Folge eines Wiederholungszwanges aufzufassen wären, antwortete er: «Die Mutter und alle gewählten Frauen, mit denen ich lebte, waren kaptative Frauen.» Dann setzt er fort: «Ich konnte schon als Knabe die Mutter nicht akzeptieren, *sie* saß ja auf dem Führersitz. So weit habe ich es schon gebracht, daß ich die Mutter aus dem Führersitz beseitigte – aber bis zum Behalten brachte ich es weder bei ihr noch bei den anderen Frauen. In der Primarschule hatte ich wegen der Konflikte mit der Mutter Lernstörungen. Dann mit 20 Jahren war ich verliebt, verlobt. Später heiratete ich diese Frau. Da erlebte ich affektiv wieder, daß ich diese Frau nicht behalten kann. Als sie – nach der Scheidung – einen anderen Mann heiratete, kamen die ersten großen Entfremdungsattacken. Dann heiratete ich die zweite Frau, die genau so kaptativ war wie die erste und die Mutter. Kurz danach wurde ich aggressiv, und sie verließ mich . . . Die Mutter handelte immer hinter meinem Kopf, und das duldete ich nicht. Ich habe ihr den Kopf abgeschnitten. Wenn es im Traum heißt, daß das Auto ohne Führersitz fährt, will das sagen: *Ich fahre nun ohne die Mutter* . . . Mein Fehler ist,

<sup>1</sup> Siehe Abb. 27. Stammbaum zum Fall 49.

daß ich mir immer sage: es ist ja ein Dreck, ich gebe nach: Aber zehnmal ein Dreck macht einen Haufen aus. Im Moment gebe ich nach, dann aber werde ich aggressiv, reiße aus oder entfremde mich.»

Zum Schluß sagte ich dem Analysanden: «So kam es nun, daß Sie durch ihr Leben (Auto) nur als Fahrgast, ohne Führer, ohne Mutterbild, ohne Windschutzscheibe, ohne Schutz fahren mußten. Aber glauben Sie mir, man kann ohne Annahme der Mutter, ohne Partizipation mit der Frau niemals symptomfrei leben.» Worauf er mir kurz und bündig antwortete: «Machen Sie sich keine Illusionen. Ich habe die Hoffnung, meine partizipative Beziehung zu Frauen dauernd aufrechtzuerhalten, verloren.»

Aus der *Biographie* des Analysanden heben wir folgende Daten hervor. Er war der dritte und jüngste Sohn eines stillen, passiven, zurückgezogen lebenden Pastors. Die Führermacht wurde völlig durch die Mutter okkupiert, die ihre Söhne und den Mann vollständig in Besitz nahm. Der Proband lehnte sich schon sehr früh gegen die Macht der Mutter auf. Er litt an *pavor nocturnus* und wurde ein *Schlafwandler*. Die vertauschten Rollen der Eltern machten ihm die Identifizierung mit einem Elternteil unmöglich. Die Mutter war ja übermächtig, der Vater kein Mann. So zog er sich früh in seine eigene Welt zurück und gab sich der Tagträumerei und Abenteuerphantasien hin. Schon in der Primarschule hatte er ernste Lernstörungen. Er trieb bis zum Alter von 10 bis 12 Jahren sexuelle Spiele mit dem mittleren Bruder. Mit 18 Jahren wollte ihn ein älterer Mann zur Homosexualität verführen. Er wies ihn aber zurück. Auch später wurde er des öfteren von Homosexuellen auf der Straße angerempelt. Er fühlte zwar gar keine invertierte Lust, doch waren seine Kontaktansprüche den Männern gegenüber stets größer als gegenüber den Frauen. An der Universität verliebte er sich in eine Philosophiestudentin, die ihn aber so sehr in Besitz nahm, daß er aggressiv wurde. Nach dem Studium bekam er eine Lehrstelle an einem Gymnasium. Kurz danach heiratete er. Als er nun konstatierte, daß auch diese Frau – wie die Mutter – ihn mit Stumpf und Stiel in Besitz nehmen wollte, fing er an auszureißen. Die Folgen waren: Scheidung, Verlassenheit, Unlustattacken und Entfremdungszustände. Nachher heiratete er wieder zwei äußerst possessive Frauen, die ihn in der Ehe besitzen wollten. Er riß aber wieder aus, worauf sie ihn verließen. Nun wurde er Frauen gegenüber immer mißtrauischer und daher mit den Jahren stets verlassener und vereinsamer. Kinder hat er nicht, und nochmals heiraten mag er nicht.

Die *Familiengeschichte* zeigt die von uns für Entfremdungsspaltung und schizoparoxysmale Ich-Störungen charakterisierten zwei Erbanlagen: I. die paroxysmal-epileptoide und II. die schizoforme. Die Abb. 27 stellt den abgekürzten Stammbaum dar.

I. *Dem epileptiformen Erbkreis* gehören an: 1. der älteste Bruder (25), der als Kind Asthmatiker war und mit 21 Jahren etwa ein Vierteljahr lang *hystero-epileptische Dämmerzustände* hatte; 2. der Analysand (29), der in seiner Kindheit somnambul war und an *pavor nocturnus* litt. 3. Paroxysmale Berufe wählten der Vater, der Pastor (14), und der mütterliche Großvater, der bei der Post angestellt war (2).

II. *Zum schizoformen Erbkreis* gehörten: 1. eine mütterliche Cousine (21) des Analysanden, die bereits zwei schizophrene Schübe hatte, und 2. ein väterlicher Cousin (32), ein Defektschizophrener, dessen Vater ein Taschentuchfetischist war

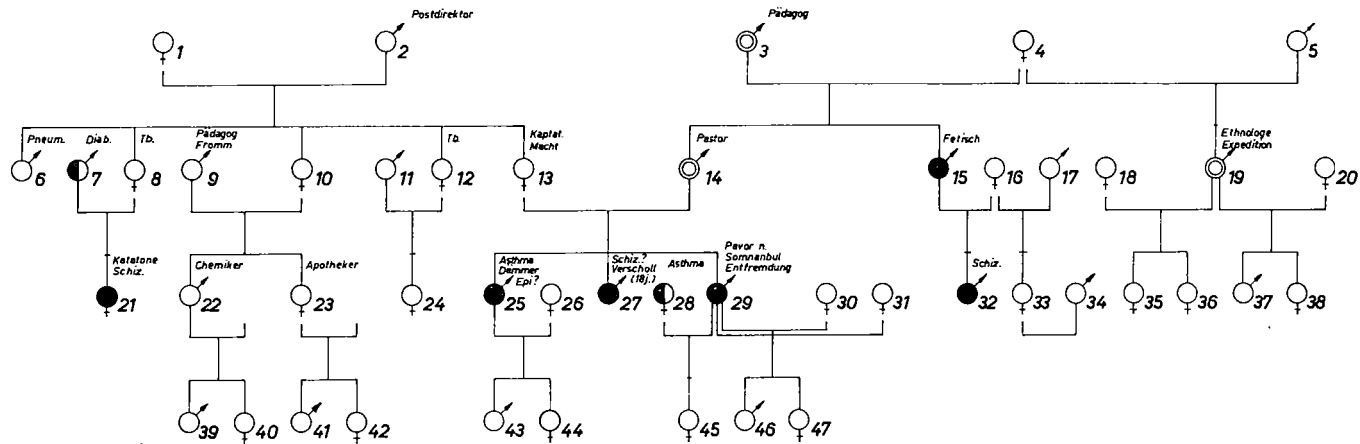


Abb. 27. Stammbaum zum Fall 49

(15). 3. Der mittlere Bruder (27), ein schwerer Schizoider, ist verschollen (Suicid?).

\*

In diesem Fall stellte die Therapie den Schicksalsanalytiker vor eine äußerst schwierige Aufgabe. Erstens war der Mann 50jährig. Er stand also in einem Alter, in dem die affektiven Einstellungen zum Leben, zur Welt, Familie und zu den Frauen, hauptsächlich aber zu sich selbst, meistens schon versteinert sind. Der Analysand glaubte nicht mehr daran, daß er nach dreimaliger Scheidung künftig eine dauernde Partizipation in einer vierten Ehe pflegen könnte. Wie soll man aber ohne irgendeine positive, affektvolle Partizipation die Ich- und Affektstörungen analytisch aufheben? Zum zweiten hat sich sein Ich in dem langjährigen Abwehrkampf gegen die Unlustanfalle verrenkt und eingeschränkt. Es entstanden Reaktionsbildungen in seinem Charakter in Form von Entwertungen seiner Person wie auch anderer Persönlichkeiten. Diese persönlich erworbenen Ich-Veränderungen machten natürlich jegliche Identifizierung unmöglich. Wir versuchten deshalb, unseren Heilplan auf die folgenden zwei Pfeiler aufzubauen: Erstens auf die forcierte pädagogische Partizipation mit seinen Schülern; ein Unterfangen allerdings, dessen Möglichkeit zeitlich und räumlich beschränkt und von den Partnern allzu sehr abhängig ist. Dennoch sind Beispiele zu finden, die für die Realisierung einer pädagogischen Partizipation zu sprechen scheinen. Der zweite Pfeiler des Heilplans war der Arbeitszwang. Da bei dem Analysanden die psychomotorische, ideelle Inflation die stärkste Elementarfunktion seines Ichs darstellte, mußten wir den Arbeitszwang auf das Erziehungsgebiet, durch Artikel- und Bücherschreiben, postieren. Dieses Zwangsschreiben mußte von dem Analytiker in jeder Stunde kontrolliert und auch inhaltlich besprochen werden. Heute wäre es verfrüht, von dem Erfolg etwas Endgültiges zu referieren, obwohl er ein größeres Buch über Erziehung zu schreiben begann.

\*

Nun wollen wir auf die allgemeine Erörterung der Chancen einer Psychotherapie bei den Entfremdeten übergehen.

*Die Therapie der Entfremdungen* muß sich stets dem Pathomechanismus des Einzelfalles anpassen. In allen Entfremdungsfällen fußt die Entstehung der Erkrankung auf zwei Momenten:

Erstens auf einem psychotraumatischen Partizipationsschaden im frühen Kindesalter. Dieser Schaden wird durch die unmütterliche Kälte, Härte und die männliche Machtsucht oder durch die seelische Erkrankung der Mutter verursacht. Es entsteht eine trostlose Verlassenheit, Vereinsamung und Isoliertheit des Kleinkindes, die sich in den späteren Jahren immer mehr versteift. Die Lust zum Leben nimmt ständig ab, und die Unlustattacken nehmen an Häufigkeit, Dauer und Tiefe stets zu. Das Vertrauen zu sich und zu den Mitmenschen, die Annahme des Soseins der Welt und des eigenen Selbst, schrumpft allmählich zusammen. Die Unlustanfalle steigern sich oft zu einer Thanatomanie, und die Selbstmordgefahr wächst mit den Jahren.

Zweitens ist *die genetische Basis* häufig *die epileptiforme* Konduktornatur des Entfremdeten, welche die Grundlage zur Thanatomanie, zu dem anfallsartigen Nicht-

weiterleben wollen, bestimmt. Darum ist bei den ausgeprägten epileptiformen Depersonalisationen eine Pharmakotherapie mit den üblichen *Antiepileptica* – auch neben der Psychotherapie – angezeigt. Die Depersonalisierten von schizoparoxysmaler Natur benötigen – unter Umständen – die Anwendung der üblichen Medikamente, die man bei Schizophrenen oder Depressiv-Paranoiden anzuwenden pflegt. Wir propagieren somit die kombinierte Pharmako- und Psychotherapie bei der Depersonalisation.

Die *Partizipationstherapie* in ihrer strengsten Form (ROSEN, BENEDETTI, M. A. SECHEHAYE usf.) ist nur bei der schwer depressiven oder schizoiden Form der Entfremdung mit Selbstmordgefahr indiziert. Die leichteren Fälle kann man nach den Regeln einer klassischen Psychoanalyse behandeln und auf dem Wege der Übertragung und Gegenübertragung den frühkindlichen Schaden in der Partizipationsfähigkeit wegschaffen oder wenigstens mildern.

Die Anwendung einer adäquaten *Ich-Therapie* ist bei den Entfremdeten meistens unerlässlich. Sie dauert oft jahrelang, ist äußerst schwierig und der Erfolg nicht immer zufriedenstellend. Die Hauptschwierigkeit bei dem Umbau des Ich-Lebens besteht in dem Umstand, daß die spezielle Ich-Störung, nämlich der partielle oder totale Ausfall der Introjektion, primär durch die Affektstörungen bedingt ist. Insbesondere sind es die kainitischen Wut-, Haß- und Rachegefühle gegenüber den Eltern oder Ehepartnern, die Eifersucht auf den Vater oder die Geschwister, erweitert auf die Kollegen am Arbeitsort, ferner das paranoid-epileptiforme Mißtrauen, die emotive Selbst- und Weltentwertung, also jene Affektstauungen, die dann plötzlich anfallsartig zu unerträglichen Unlustattacken und schlußendlich zu Entfremdungen führen. Darum besteht noch vor dem Umbau des Ichs die gewichtigste Aufgabe des Analytikers darin, daß er *den Analysanden mit der Psychogenese dieser Affektstauungen und mit ihren sekundären Folgen für das Ich-Leben konfrontiert*. Da die epileptiformen, kainitischen Affektstauungen stets mit schwerer *Schuldangst und Strafbedürfnis* einhergehen, muß der Analytiker eben die Schuldfrage und das Strafbedürfnis immer wieder mit diesen Kranken durcharbeiten. Erst danach kann man mit einer systematischen Übertragungsanalyse und Ich-Therapie die Behandlung fortsetzen.

Die Heilpläne der Ich-Therapie gestalten sich von Fall zu Fall anders. Hier sollen nur einige der Möglichkeiten erörtert werden.

1. *Einschaltung der abgespaltenen Introjektion* in die physiologische Umlaufbahn des Ich-Lebens. Die primitivste, spontane Einschaltung der Introjektion ist die Polyphagie. Insbesondere weibliche, aber nicht selten auch männliche Depersonalisierte frönen der Freßsucht. Diese oralsadistische Art der Einverleibung der Welt in Eßwaren kann in der Analyse auf eine höhere Ebene gehoben werden, und zwar so, daß der Drang nach Introjektion durch *Wissen* und nicht durch Essen gesättigt wird. Wir empfehlen öfters das Lernen von fremden Sprachen, unter Umständen das Studium der Medizin oder anderer Disziplinen, bei welchen eine Unmenge von Wissen fast ohne Unterbruch am laufenden Band zwangsmäßig einverleibt werden muß. Als Wegweiser soll uns stets die Nützlichkeit der Einverleibung jeglicher Art dienen.

2. *Die Herstellung einer organischen Verbindung* der neu eingeschalteten Introjektion mit den zurückgebliebenen drei anderen *Elementarfunktionen* stellt den Ich-Therapeuten vor äußerst schwere Aufgaben. Es wurde bereits erörtert, daß nach dem

Ausfall der Introjektion durch die Affektstauungen das klinische Bild der Entfremdung sich danach gestaltet, ob die Negation, die Projektion oder die Inflation – befreit von der Introjektion – die Führung im Ich-Leben mit Überdruck übernimmt.

a) Bei einer *Hypertension der Negation* wird das klinische Bild einen katatoniformen oder depressiven Charakter oder epileptiforme Defekterscheinungen aufweisen. Diese können die ursprüngliche Depersonalisation völlig überdecken und führen oftmals zu Fehldiagnosen. Auch in diesen destruktiv-negativistischen schweren Fällen, bei denen die Selbstmordgefahr groß ist, raten wir, nach der Herstellung der Partizipation erst die Schuld- und Straffrage durchzuarbeiten, denn nachher pflegt die Größe des Negationsbedürfnisses zu sinken. Gelingt dies, so schalten wir anschließend durch Lernen die Introjektion ein.

b) Bei Depersonalisierten mit *Überdruck der Projektion* muß eine strenge Partizipationstherapie der Ich-Therapie vorausgehen. Erst nach Herstellung des Vertrauens können wir mit der Einschaltung der Introjektion beginnen.

c) Bei der *Hypertension der Inflation* kann man den Versuch machen, durch Arbeitszwang die inflativen Ideen zu verwirklichen. Depersonalisierte sind ja oft künstlerisch-kreative, begabte, intelligente Menschen, die eigentlich fähig wären, etwas Künstlerisches oder Wissenschaftliches zu schaffen, wenn der Weg der Verwirklichung durch Ausfall der Introjektion nicht immer wieder unterbrochen wäre. In diesen Fällen muß der Analytiker in der Arbeit mithelfen und mit dem Zwang der Gebote (S. FERENCZI) die kreative Arbeit aktiv leiten und kontrollieren.

3. Eine *Umdrehungstherapie der Spaltungsstücke* hat bei der Depersonalisation ihre Gefahren. Der Kranke gelangt aus dem Regen in die Traufe. Durch die Umdrehung sollte ja die Introjektion allein auf der Ich-Bühne agieren. Und eben diese Dominanz der Habmacht kann – unter Umständen – zu einem Introjektionswahn führen. Er erscheint entweder in Form von Allmachtsideen im Haben und Wissen (Allwissen), Zwangswahn, in wahnhaften Ordnungsideen, Bewegungstereotypien – nicht selten mit Verbigeration – oder in Form von Versündigungsideen mit Depressionen. Auch bestimmte sexuelle Machtideen (Exhibitionismus, Sadomasochismus, Fetischismus, Nekrophilie usf.) können als Habmachtwahn erscheinen<sup>1</sup>. Auch ohne Wahnbildungen kann sich die Dominanz der Introjektion als Defektheilung der Entfremdung im Charakter in Form des Trotzcharakters oder als Habnarzißmus, als unerträgliche Eitelkeit durch Allwissen, manifestieren. Der Patient selber erträgt diesen Habmachtcharakter besser als die vorangehenden Depersonalisationszustände, aber für die Mitmenschen ist ein solcher Charakter die elfte ägyptische Plage.

4. Über die Nebenexistenzen der Entfremdungsspaltung wissen wir heute noch gar nichts.

5. Als adäquate Beschäftigung der Introjektion auf höherer Ebene kommen Berufe wie Lehrer, insbesondere Sprachlehrer, Naturwissenschaftler, Psychiater, ferner Schauspieler, Mönch oder Bildhauer, eventuell auch Jurist, in Frage.

---

<sup>1</sup> Ich-Analyse, 1956, S. 254, Tab. 6 (VIII.).

## DIE FÜNFTE SPALTUNGSFORM DÄMMERZUSTÄNDE UND KATASTROPHENAHNUNG WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER DESINTEGRATIVEN ICH-SPALTUNG

Vergleicht man die erörterten klinischen Phänomene des Paroxysmalen mit den Darstellungen der Epilepsie in den Handbüchern, so fällt auf, daß sowohl die Poromanie wie die sogenannte «Verstimmung», d. h. die Unlustanfälle mit Entfremdungen, einfach als «psychische Äquivalente» der Epilepsie dargestellt werden. Ihre Einreihung in die Klinik der Epilepsie geschieht aber ohne den Versuch, diese Phänomene durch Spaltungsprozesse ich-analytisch zu erklären, und ohne die Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie – auf die in allen Handbüchern ja hingewiesen wird – auf spezielle Spaltungsformen zurückzuführen. So wird demnach von epileptischer Verstimmung mit Beeinträchtigung der Bewußtseins-helligkeit gesprochen, ohne aber über die engen Beziehungen zu reden, die zwischen diesen paroxysmalen Lebensunlustanfällen und den Entfremdungen oder zwischen der Verstimmung und dem Ausfall der Introjektion aus der Umlaufbahn des Ichs bestehen<sup>1</sup>.

Das Fehlen der Ich-Analyse in der Psychiatrie wird auch hier peinlich empfunden. Man könnte dies mit der Tatsache motivieren, daß die psychoanalytischen Ich-Lehren (SIGMUND und ANNA FREUD, P. FEDERN, P. SCHILDER, NUNBERG) hauptsächlich von den in dem Abwehrkampf gegen die Triebe erworbenen Ich-Störungen sprachen. Nur H. HARTMANN nimmt eine konfliktfreie Ich-Sphäre an, er spricht jedoch auch nicht von den möglichen Arten der Ich-Spaltungen. Die Schulpsychiatrie konnte aber mit der Abwehrlehre bei der Schizophrenie und der Epilepsie nichts anfangen, da ja ihrer Meinung nach bei diesen Erkrankungen die hereditären und nicht die erworbenen Ich-Störungen die Hauptrolle spielen. Die in diesem Buch dargestellte Erweiterung der Spaltungslehre E. BLEULERS ermöglicht nun u. E. einerseits die verschiedenen hereditären Ich-Störungen auf diskret variable Spaltungsformen zurückzuführen, andererseits die stets vorhandenen intimen Beziehungen zwischen den sogenannten klinischen «Krankheits-einheiten» (wie Schizophrenie und Epilepsie) als Manifestationen der entgegengesetzten Spaltungsstücke ich-analytisch zu verstehen.

Dieser Aspekt wurde von uns auch auf die in der Psychiatrie als die dritte Form der «psychischen Äquivalente der Epilepsie» aufgezählte Erscheinung, auf die sogenannten *Dämmerzustände*, angewandt.

*Begriffsbestimmung.* Die Psychiatrie spricht von epileptischen Dämmerzuständen, wenn das zentrale Symptom durch die Veränderung der Bewußtseins-helligkeit gebildet wird. Die Bewußtseinsveränderung manifestiert sich einmal in einer «leichten Abgesunkenheit, einer Benommenheit, Einengung», ein andermal in

<sup>1</sup> Vgl. hierzu die Arbeit: SCHORSCH, G.: Epilepsie: Klinik und Forschung, Psychiatrie der Gegenwart. Springer, 1960, Bd. II, S. 673 ff.

schwerer «Eintrübung der Bewußtseinshelligkeit». Die Folgen sind, daß die Umweltseindrücke in dieser Bewußtseinseintrübung ihre Bedeutsamkeit verlieren, die subjektiven Gefühlstöne hingegen das Übergewicht erlangen. Die reale Welt wird verkannt oder ausgelöscht, und die Kranken leben in einer anderen Welt mit anderer Auffassung und anderem Gedankenablauf, sie perseverieren, sind oft desorientiert; einige werden ratlos-unsicher, andere gespannt, ablehnend. Diese Beschreibung<sup>1</sup> der epileptischen Dämmerzustände ergänzt noch G. SCHORSCH mit der Aufzählung der führenden Inhalte im Dämmer. Diese sind: religiöse-ekstatische Erlebnisse, optische und akustische Halluzinationen, Bedrohungserlebnisse mit Angst- und Wutaffekten, gelegentlich auch Gewalttaten oder sexuelle Angriffe. Epileptiker können bekanntlich in Dämmerzuständen zu Affekttotschlägern oder Selbstmördern werden, oder aber Notzucht, ja sogar Lustmord begehen.

Der Ich-Analytiker muß gegenüber diesen Erscheinungen die Frage stellen: *Was geschieht eigentlich im Ich während der Dämmerzustände?* Die Ich-Psychologie antwortet: Der Ich-Teil im Vordergrund wird desintegriert, derjenige im Hintergrund aber beginnt bereits die Reintegration. Unter Desintegration versteht die Ich-Analyse den Zustand, in dem das Ich alle vier Elementarfunktionen vorübergehend einstellt oder auf das Minimum ihrer Intensität reduziert (siehe Abb. 28a). Die Folgen davon sind: Dämmerzustände, eventuell Ohnmachtsgefühle, Ich-Verlust oder Ich-Wechsel. Im Dämmerzustand werden die Inhalte der Außenwelt nicht, wie im Zustand der «Bewußtseinshelligkeit» durch die Umlaufsbahn weitergeleitet, verfrachtet; auch Triebansprüche werden nicht abgewehrt. Das vorausgegangene «alte Ich» scheint vorübergehend verschwunden zu sein, das «neue Ich» aber hat die Vorderbühne noch nicht angetreten. Es entsteht ein Exlezzustand, ein Interregnum, eine außergesetzliche Phase im Ich-Leben, in der die Person desorientiert, ratlos und unsicher wird. Was sie in diesem gesetzlosen Zustand erlebt und vollführt, hängt oft davon ab, was für Inhalte durch die zuerst wiedereingeschaltete Projektionsfunktion in die Welt hinausverlegt werden. So entstehen u. E. die überwertigen Phantasien (G. SCHORSCH), die optischen oder akustischen Halluzinationen, die sexuellen oder tötenden Gewalttaten. Wir betonen aber, daß bei diesen letztgenannten Erscheinungen die Desintegration im Ich sich bereits zu lösen beginnt, aber die Umlaufsbahn trotz der beginnenden Projektion immer noch in einer Eintrübung verharret, kaum weitergeht; somit sind die Dämmergefühle und -taten oft in die Amnesie versunken. Die Desintegration hat als Gegenspaltstück im Hintergrund die:

*Integration*, also den Zustand der ungestörten Umlaufsbahn des Ich-Lebens, in dem die Inhalte der Innen- und Außenwelt fahrplanmäßig von der Projektion bis zur Anpassung (Negation der Triebansprüche) in einer Helligkeit des Bewußtseins weiter spediert werden. Bei Epileptikern mit Dämmerzuständen manifestiert sich aber das hintergründige Integrationsstück ebenfalls krankhaft, zumeist als *Katastrophenahnung und Phobie*. Die zwei Spaltstücke: Dämmerzustand und katastrophenahnende Phobie treten fast regelmäßig alternierend auf. H. W. GRUHLE spricht von einem alternierenden Bewußtsein in Dämmerzuständen, wobei «das Schmetterlings-Ich» (= das bewußtseinshelle Ich) von dem «Raupen-Ich»

<sup>1</sup> Ebenda: S. 674 ff.



III	II
IV	I

a) *Desintegration*  
*Dämmerzustände, Ich-Wechsel*  
*Ich-Verlust*

III <i>Introjektion</i>	II <i>Inflation</i>
IV <i>Negation</i>	I <i>Projektion</i>

b) *Integration*

*Katastrophen-*  
*ahnung, Phobie*  
 vor dem Anfall,  
 vor der  
 Psychose,  
 vor dem Tod usf.

Abb. 28. Schema der Ich-Spaltung in Desintegration und Integration

(= Dämmer-Ich) nichts weiß<sup>1</sup>. Abgeschwächte Dämmerzustände erscheinen auch als «Ich-Wechsel». Wir fanden sie oft bei lesbischen Frauen, bei denen das vorherige weibliche Ich sich in den Dämmer zurückzieht, das nachkommende männliche aber noch nicht manifest wird. Es ist wohl möglich, daß auch hier die paroxysmale Anlage beim Ich-Wechsel am Werke ist<sup>2</sup>.

Die Psychogenese der Dämmerzustände und der dahinterstehenden Spaltung von Desintegration und Integration wurde bereits bei den Anfallsneurosen erörtert.

Die genetische Ätiologie wurde auch im Kapitel XXX behandelt.

Die klinischen Formen der desintegrativen Ich-Spaltung ergeben sich aus den vorausgehenden Erörterungen:

a) Dämmerzustände bei genuinen Epileptikern oder bei Epilepsiekonduktoren;

b) Neigung zu Ohnmacht mit Ich-Verlust, z. B. bei körperlichen Schmerzen, beim Sehen von Blut, oder Bluttat, bei überstarken Geruchsempfindungen, bei Menstruation usf.;

c) Ich-Verlust, gekoppelt mit dem Überdruck des Masochismus beim Irrewerden, insbesondere bei paranoid-epileptoiden Kranken;

d) Ich-Wechsel bei Lesbierinnen;

e) Alternierende Form mit Katastrophenahnung vor einem Anfall oder Verücktwerden; ferner bei der paroxysmalen hysteriformen Phobie mit Dämmerzuständen.

Die Therapie der epileptiformen Dämmerzustände, d. h. der Desintegration des Ichs, unterscheidet sich sowohl in bezug auf die Pharmako- wie auch auf die Psychotherapie kaum von den allgemeinen Behandlungsmethoden der Affekterkrankungen. Hier weisen wir auf die therapeutischen Erörterungen im Kapitel XXX hin. In den Fällen, bei denen die Dämmerzustände mit gehäuften Absenzen oder tonisch-klonischen Krampfanfällen einhergehen und demzufolge Defekt-

<sup>1</sup> GRUHLE, H. W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. Handbuch der Geisteskrankheiten. Hg.: O. BUMKE, Berlin, Springer, 1930, Bd. 8/IV. S. 669-728. Zitiert nach G. SCHORSCH.

<sup>2</sup> POLJAK, L., und DAVID, H. P.: Vergleichende Syndromanalyse bei 100 Epileptikern und 100 Homosexuellen. Szondiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955, S. 72 ff.

erscheinungen bereits vorhanden sind, hat eine Psychotherapie keinen Sinn. Bei defektlosen Dämmerkranken hingegen soll eine Psycho- oder Schicksalsanalyse versucht werden.

*Fall 50. Schicksalsanalyse einer Epileptikerin mit Tötungsanfällen in Dämmerzuständen.* Eine etwa 30jährige Kinderpsychologin, eine genuine Epileptikerin, schickte ich vor etwa 20 Jahren zu einem meiner Schüler in eine schicksalsanalytische Behandlung. Ihre großen motorischen Anfälle wurden zwar durch Antiepileptika zurückgedämmt, die Dämmerzustände traten aber gefahrbringend in den Vordergrund. Die Patientin stand nächtlich auf, ging somnambul zum Bett ihres Mannes und wollte ihn töten. Die schicksalsanalytische Behandlung konnte die Analysandin nach fünf Jahren völlig symptomfrei machen. Erst mit der Bombardierung und Belagerung von Budapest kehrten vorübergehend die Dämmerzustände wieder.

Wie häufig der Tötungsdrang bei Epileptikern in den Dämmerzuständen aufzutreten pflegt, beweisen auch die zwei Defektepileptikerinnen, über die ich im «Lehrbuch der Experimentellen Triebdiagnostik» referierte<sup>1</sup>. Die 25jährige genuine Epileptikerin (in Ungarn) wollte mehrmals im Dämmer die Mutter vergiften. Die 23jährige Französin mit gehäuften Absenzen und Dämmerzuständen griff ihre Mutter oft an und wollte sie erwürgen. Die experimentelle Ich-Analyse hat bei beiden die Desintegration des Ichs aufgewiesen. Der Kain mit seiner tötenden Gesinnung schläft in den Dämmerzuständen nicht. Während das Bewußtsein schläft, agiert der Kain auf der Bühne im Dämmer. Auf diese Tatsache hat L. J. J. MUSKENS durch lehrreiche Beispiele hingewiesen<sup>2</sup>. Es ist möglich, daß die tötende Gesinnung des Kain oder die sexuellen Gewaltansprüche, welche im Dämmer ausgeübt werden, bereits vor dem Dämmerzustand das Bewußtsein beherrschen, doch vom wachen Ich abgewehrt werden. Nun kann man auf Grund analytischer Erfahrungen nicht ausschließen, daß – in einzelnen Fällen – das Licht des Bewußtseins vom Ich selber eben deshalb ausgelöscht wurde, weil es auf die verpönten Ansprüche doch nicht zu verzichten vermochte. Damit wollen wir sagen, daß unter Umständen der hysteriforme Krankheitsgewinn durch die Eintrübung des Bewußtseins doch auch eine Rolle spielen könnte. Der nachfolgende Fall, den ich in der «Ich-Analyse» ausführlich behandelt habe, scheint diese Möglichkeit zu bestärken<sup>3</sup>.

*Fall 51. Schicksalsanalyse eines Konduktors von Epilepsie und paranoider Schizophrenie mit Dämmerzuständen.* Der 25jährige Apotheker kam wegen seines Voyeurdranges in die Analyse. Er stammt aus einer Familie, in der Epilepsie, Migräne, Stottern, Hysterie, paranoide Schizophrenie und Selbstmord unter den engsten Familienmitgliedern vorkamen<sup>4</sup>. Er erlebte in der analytischen Sitzung und auch außerhalb der Analyse einerseits schwere Dämmerzustände mit Pseudohalluzinationen, andererseits phobische Anfälle mit Ohnmachtsgefühlen. In der Behandlung unterbrach der Patient mehrmals die Assoziationen, und zwar an den Punkten, wo in

<sup>1</sup> II. Aufl., S. 331 f.

<sup>2</sup> MUSKENS, L. J. J.: Epilepsie. Springer, Berlin, 1926.

<sup>3</sup> Ich-Analyse. Huber, 1956, S. 84–100.

<sup>4</sup> Siehe dazu Abb. 11, die erste Seite des Stammbaums in diesem Buch.

den Einfällen Tötungsinstrumente, wie Messer, Revolver, Schwert, Keule, auftraten. Er fiel plötzlich in einen aura-ähnlichen Dämmerzustand, beklagte sich über Herzklopfen, Übelkeit, die Welt drehte sich um ihn herum, er hatte Schwindelgefühle, war desorientiert, sprang von der Couch auf, wollte weglaufen und mich sogar einmal töten. Ein anderes Mal saß er mit einer Freundin in einem Restaurant; als sie von einem Mordfall in Zürich zu sprechen begann, fiel er plötzlich in Dämmer, verließ wortlos das Lokal, irrte auf der Straße herum, umarmte einen Baum, glaubte, er sei seine Mutter und «erwachte» erst zu Hause aus diesem Dämmer. In einem Traum lief er in der Dämmerung über einen Waldhügel, stach wie ein Amokläufer eine Reihe von Soldaten nieder und machte ein Blutbad . . .<sup>1</sup>

Der Analysand war Konduktor von Epilepsie und paranoider Schizophrenie. Ich faßte seine Dämmerzustände als hysterische Epilepsie-Äquivalente auf. Das Merkwürdige aber war, daß er stets dann in diese Dämmerzustände fiel, wenn er sich in der Analyse oder draußen im Leben in einer unbehaglichen, unlustbetonten kainitischen Situation (Mordgedanken) befand. Der Dämmer war für ihn in der Tat ein Gewinn. In der Schicksalsanalyse, die über zwei Jahre dauerte, verlor er seine hysterio-epileptiformen Symptome, wechselte seinen Beruf, wurde Heilpädagoge und ist seit acht Jahren symptomfrei.

\*

#### Kapitel XXXVIII

### DIE SECHSTE SPALTUNGSFORM ZWANG UND SCHIZOPHRENIE WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER ANANKASTISCHEN ICH-SPALTUNG

In der Einleitung zur Psychologie der Ich-Spaltungen wurde die Meinung geäußert, daß *die Abwehrlehre S. FREUDS und die Spaltungslehre E. BLEULERS sich im Prinzip nicht ausschließen*. Sie können sich sogar zum Verstehen bestimmter psychopathologischer Erscheinungen ergänzen. Nach unserem Dafürhalten sollte man – wie wir bereits erörterten – die Abwehrlehre nur bei den im Abwehrkampf gegen die Triebe *erworbenen* Ich-Veränderungen anwenden. Das heißt also zur Erklärung von neurotischen Ich-Veränderungen; das Hauptanwendungsgebiet der Spaltungslehre in der Psychopathologie ist hingegen der Bereich der Psychosen und der schweren Neurosen und Präpsychosen mit *hereditären* Ich-Störungen. Diese These bewährte sich insbesondere bei dem Verstehen der neurotischen und psychotischen Zwangsphänomene.

<sup>1</sup> Siehe «Ich-Analyse», S. 98 f.

*Begriffsbestimmung in der Psychiatrie.* Nach K. JASPERS ist Zwang jener psychische Vorgang, gegen dessen Vorhandensein die Person sich wehrt, weil sie seinen Inhalt als sinnlos und unverständlich betrachtet<sup>1</sup>. H. BINDER definiert in seiner Monographie den Zwang als Resultante zweier Vorgänge, und zwar der «Störungs»- und «Abwehrpsychismen»<sup>2</sup>. Er spricht von Störungspsychismen, wenn eine Vorstellung, Strebung oder ein Gedanke durch eine eigentümliche Fremdheit und Unsinnigkeit den Ablauf des Bewußtseinsstromes stört. Diese Störung ist stets bewußt. Mit dem Abwehrmechanismus versucht nun das Ich, das Störungserlebnis zunichte zu machen, zu unterdrücken. Da aber dies nicht gelingt, erlebt die Person den ohnmächtigen Kampf zwischen dem fremdartigen, unsinnigen Bewußtseinsinhalt und dem Abwehrversuch des Ichs. Das Zwangserlebnis besteht demnach in dem Bewußtwerden der unsinnigen Vorstellungen und in der Ich-Abwehr. Eben darum glauben viele Autoren (LÖWENFELD, KRETSCHMER, KEHRER, HOMBURGER, KRISCH, BINDER) daran, daß die Komplexe, welche zu Anankasmen führen, *nicht* verdrängt sind<sup>3</sup>.

*Psychogenese:* Nach S. FREUD muß man vor allem zwei entgegengesetzte Tendenzen im Zwangssymptom voneinander trennen. Erstens: die negative, abwehrende Tendenz, die durch Verbote, Vorsichtsmaßregeln und Bußen repräsentiert wird. Ihr Charakter trägt die Prägung der Bestrafung und ist die historisch ältere Strebung im Zwangssymptom. Zweitens erwähnt FREUD die positive, in symbolischen Handlungen erscheinende Strebung. Diese Tendenz dient dem Zweck der Ersatzbefriedigung. Sie ist späteren Ursprungs und verstärkt sich mit der Dauer der Anankasmen. S. FREUD nennt diese Komponente des Zwangssymptoms Reaktionsbildung. Durch die Verschränkung der anfänglich entgegengesetzten Tendenzen verspürt der Zwangskranke später die Verbote und Gebote als Befriedigung, ähnlich wie der streng Gläubige die religiösen Riten und Zeremonien. FREUD betont insbesondere die Macht der Ambivalenz bei Anankasmen. Die eine Vorschrift befiehlt dem Zwangskranken, eine bestimmte Handlung auszuführen, doch unmittelbar darauf erfolgt der zweite Befehl, der die erste Handlung rückgängig macht. So entsteht aus der Ambivalenz das Symptom des Zweifels und die Verlangsamung aller Handlungen bis zur Arbeitsunfähigkeit. Auch die Geschichte der Zwangssymptombildung zeigt eine Zweizeitigkeit auf. Zuerst werden die ödipal-libidinösen Triebansprüche – wie bei der Hysterie – verdrängt. Als Folge entsteht aber durch die besondere konstitutionelle Genitalisationschwäche aller Zwangskranken eine Regression auf die prägenitale sadistisch-anale Triebstufe. FREUD sieht in dieser Regression den ersten Erfolg des Ichs im Abwehrkampf gegen den Ödipuskomplex. Als Motor der regressiven Abwehrtätigkeit erachtet er die Kastrationsangst. Allmählich tritt aber der Anankast in die zweite Phase der Krankheitsbildung. Nachdem das Ich – kraft des Verbotes des strengen Über-Ichs – die ödipalen Ansprüche durch die Regression auf die analsadistische Stufe zum Verschwinden gebracht hat, entwickelt es aus den entgegengesetzten Strebungen *die Reaktionsbildungen*. Auf Grund der Erörterungen von S. FREUD kann man die Psychogenese der Zwangssymptombildung abgekürzt in folgenden Schritten darstellen:

<sup>1</sup> JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin und Heidelberg, 1938, S. 111 f.

<sup>2</sup> BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger, Berlin, 1936, S. 8.

<sup>3</sup> BINDER, H.: Zitierte Arbeit, S. 38.

1. Verdrängung des Ödipuskomplexes mit Folge von hysterischen Symptomen, die in der untersten Schicht des Symptomgefüges bleiben. 2. Konstitutionelle Schwäche der Genitalorganisation und infolge dessen Regression auf die analadistische Stufe. 3. Das überstrenge Über-Ich verursacht nun die Kastrationsangst und das Onanieverbot. 4. Es entsteht die Ambivalenz und 5. die Reaktionsbildung, deren Folge die zwanghaft übertriebene Reinlichkeit, die Gewissenhaftigkeit, das Zeremoniell, die Neigung zur Wiederholung und zum Zeitaufwand sind. 6. Dann folgt die Einschaltung der Abwehrmechanismen von Ungeschehenmachen und negativer Magie, die Isolierung, Berührungs- und Kontaktverbote, Verhütung der Onanie und der Aggression durch die «magischen Pausen». 7. Der Anankast verschafft sich nun einen Krankheitsgewinn, der durch die Befriedigung von sonst entbehrten narzißtischen Lüsten auf dem Wege der Überreinlichkeit, Übergewissenhaftigkeit, Übermilde entsteht<sup>1</sup>.

Die schicksalspsychologische Ich-Analyse hat die erörterte Psychogenese im Sinne der *freudschen* Konstruktion auf Grund der Abwehrlehre angenommen, aber sie auf die persönlich erworbene Zwangsneurose eingeschränkt. Um die hereditären Ich-Störungen der Anankasten zu verstehen, sind wir gezwungen, auch hier von der Spaltungslehre Gebrauch zu machen. Vom Aspekt der Spaltungslehre her müssen wir vor allem ein systolisches, «männliches», und ein diastolisches, «weibliches» Spaltstück unterscheiden, die sich klinisch verschieden manifestieren:

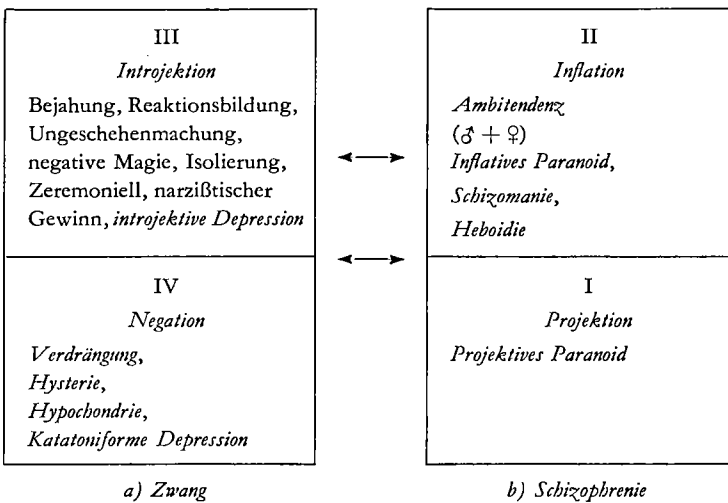


Abb. 29. Schema der Ich-Spaltung in Zwang (a) und inflativ-projektive Schizophrenie (b)

a) Das systolische, «männliche» Spaltstück des Zwanges (Abb. 29a) übt in reiner Form nur zwei Elementarfunktionen des Ichs aus, nämlich die Introjektion und die Negation. Hingegen werden hier die Funktionen der Projektion und Inflation abgespalten. Die physiologische Grundlage dieses Spaltstückes wird von dem natürlichen Vorgang im Manne bedingt, in dem er die weiblichen Tendenzen und

<sup>1</sup> FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst (1926). Ges. Schr. Bd. XI, S. 51 ff.

Ansprüche, welche das abgespaltene andere Ich-Stück innehat, verneint, die männlichen hingegen bejaht und dem Ich einverleibt. Nach diesem ursprünglichen, physiologischen Prozeß bedeutet also das Mannsein stets den ich-haften Zwang, die Weiblichkeit abzuspalten. Ist der Mann aus konstitutionellen Gründen, insbesondere durch die übergroße Triebstärke der Weiblichkeit, in seiner ich-haften Mannwerdung gestört und somit in bezug auf das Mann- oder Frausein ambivalent geworden, dann beginnen erst die Zwangssymptome mit allen Qualen des Zweifels, der Übertreibungen aller – primär noch normalen – Reaktionsbildungen von Reinlichkeit, Gewissenhaftigkeit, von Ordnung, Wiederholung und Zeremoniell. Diese Maßnahmen sind aber die Folgen der gleichzeitigen Funktionen von Introjektion (= Bejahung = Reaktionsbildung) und Negation (= Verneinung bis zur Destruktion). Ich-analytisch ist somit der systolische, männliche Zwang eine Intronegation<sup>1</sup>. In der Ich-Umlaufbahn der Zwangskranken systolisch-männlichen Typs fehlen somit die partizipative Projektion und die Inflation. Die Umlaufbahn des Ichs wird bei dieser Spaltungsform quasi halbiert und nur die zwei systolischen Elementarfunktionen in Tätigkeit, ja sogar in Übertätigkeit des Ich-Lebens gesetzt. Die diastolischen Funktionen sind dabei abgespalten. Wir verstehen die Folgen dieser Abspaltung erst, wenn wir die zweite Form der anankastischen Spaltung ebenfalls einer Ich-Analyse unterwerfen.

*b) Das diastolische, «weibliche» Spaltstück* (Abb. 29b) übt nur die partizipative Projektion und die inflativen Verdoppelungsfunktionen aus. Diesem Ich-Spaltstück fehlt somit die Introjektion und die Negation, kurz die stellungnehmende Funktion. Auch das weibliche, diastolische Spaltstück trägt als physiologische Grundlage die zwei Elementarfunktionen in sich, welche in reiner Form das feminine Ich bedingen, nämlich die Partizipation, d.h. das Eins- und Gleichsein mit dem Mann, und die Besessenheit mit Doppeltendenzen, d.h. gleichzeitig Mann und Frau zu sein, deren Widersprüchlichkeit die Frau sehr schwer einzusehen vermag. Die zum Zwangscharakter gehörende Ambitendenz des physiologischen femininen Ichs entpuppt sich in der Doppeltendenz, durch die Partizipation mit dem Mann eins und gleichzeitig auch Frau zu sein. Viele seelisch gesunde Frauen frönen den Putz-, Aufräumungs-, Ordnungszwängen, da sie das Dilemma zwischen der Partizipation mit dem Mann und der Inflation mit der Doppelexistenz von Mann und Frau schwer zu lösen vermögen.

Aus diesen Erörterungen wird ersichtlich, daß die genisch bedingte bisexuelle Geschlechtskonstitution des Menschen im Ich eine physiologische Ambitendenz hervorruft, die dann die Grundlage zu einem völlig physiologischen Zwangsvorgang sowohl beim Manne wie bei der Frau bildet. Der Mann bezwingt im Ich das feminine F-Ego, die Frau das maskuline M-Ego.

Die zwei Spaltstücke können sich auch krankhaft manifestieren. Während aber das systolische, männliche auch unter schwer krankhaften Umständen seinen ursprünglichen Zwangscharakter beibehält, erscheint das diastolische, feminine Spaltstück – als psychische Krankheit – zumeist in Form einer projektiv-inflativen Schizophrenie.

*Die genetische Ätiologie* der Zwangskrankheiten wurde durch Familienforschungen von mehreren Autoren hervorgehoben. Man fand unter den Geschwi-

---

<sup>1</sup> Ich-Analyse, S. 272 ff., 348 f.

stern von Zwangsneurotikern 6% schwere Zwangssyndrome und 8% Zwangscharaktere. Die Mütter von Zwangsneurotikern waren zu 6%, die Väter sogar zu 15% auch Zwangsneurotiker. Die sonstige Belastung geht in der Richtung von Schizophrenie, Selbstmord und Psychopathie. H. LUXENBURGER bezeichnete 1938 die Hälfte der Geschwister und zwei Drittel der Eltern von Zwangsneurotikern als seelisch abnorm. EDITH RÜDIN hat diese älteren Daten 1953 an 130 Zwangsneurotikern nachgeprüft. Die Autorin fand Zwangssphänomene zu 4,6% bei den Eltern und zu 2,3% bei den Geschwistern von Zwangsneurotikern. Auch die Erwartungsziffern für Schizophrenie und manisch-depressives Irresein sind in den Familien von Anankasten etwas höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Nach O. v. VERSCHUER, dem wir diese Zusammenstellung verdanken, kann man demnach von einer speziellen Anlage zu Anankasmen sprechen<sup>1</sup>.

Natürlich darf man nicht an spezielle «Zwangsgene» denken, sondern nur von Erbanlagen sprechen, welche jene besonderen Ich-Funktionen bedingen, die unter Umständen zu anankastischen Spaltungen im Ich führen können. Nur aus dieser erbbedingten, speziellen *Spaltungsanlage* wird die Erfahrung verständlich, daß Zwangskranke selber vorübergehend an Schizophrenie von projektiv-paranoider oder inflativ-paranoider Art erkranken können.

*Die klinischen Formen* der anankastischen Spaltung: In der psychiatrischen Literatur wird viel über die Beziehungen a) zwischen Zwang und Schizophrenie, b) zwischen Zwang und Depression bzw. Manie und c) zwischen Zwang und Hysterie, sowohl in klinischer wie auch in prognostischer und psychoanalytischer Hinsicht, gesprochen. Die Beziehung der Sucht zum Zwang wird im Kapitel XLIV erörtert.

### *Zwang und Schizophrenie*

Über diesen Zusammenhang hat ERWIN STENGEL von 1935 bis 1957 eine Reihe von Arbeiten publiziert<sup>2</sup>. Der Autor beschreibt vier Arten möglicher Zusammenhänge. Erstens können schizophrene Symptome nach langjähriger Zwangskrankheit auftreten. Zweitens gehen Zwangssymptome der Schizophrenie nur um einige Monate oder ein bis zwei Jahre voraus. Drittens können Zwang und Schizophrenie auch gleichzeitig erscheinen. Viertens treten zum erstenmal Zwangssymptome gelegentlich erst im Verlauf einer schizophrenen Remission auf. Das Schicksal der Zwangssymptome im schizophrenen Prozeß kann sich somit nach E. STENGEL verschieden gestalten. In bestimmten Fällen bleiben die

<sup>1</sup> V. VERSCHUER, O.: *Genetik des Menschen*. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 343.

<sup>2</sup> STENGEL, E.: a) Über die Bedeutung der präorbiden Persönlichkeit für den Verlauf und die Gestaltung der Psychose. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 106, 509–553, 1937.

b) The relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *J. ment. Sci.* 91, 166–187, 1945.

c) The psychodynamic relationship between depression and obsessional symptoms. *J. ment. Sci.* 94, 650–653, 1948.

d) Großbritannien: Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie. 1, S. 105–122, München und Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1957.

e) Was ist dynamische Psychiatrie? In «Freud in der Gegenwart». Frankfurt, Beitr. Soziol. 6, 195–207, 1957.

f) The relationship of obsessional symptoms to schizophrenia. II. Int. Kongr. f. Psychiatrie, Zürich, 1957.

Zwangssymptome auch in der Schizophrenie unversehrt vorhanden. In anderen Fällen verschwindet der Zwang, insbesondere in der akuten Phase der Schizophrenie. In diesen Fällen sah der Autor in der schizophrenen Phase den Einbruch jener Ansprüche, welche in der anankastischen verdrängt wurden. So z.B. krankhafte Bedürfnisse zum Schmieren. E. STENGEL betont, daß er Anankasmen vor oder während einer Katatonie *nie* beobachten konnte, die meisten treten bei paranoiden, hebephrenen oder simplen Schizophrenen auf. Diese Feststellung wurde auch von anderen Autoren bestätigt<sup>1</sup>, ihre Ursache aber erst durch die besondere Spaltungsform aufgedeckt.

PAUL FEDERN hat sich gleichzeitig – vielleicht sogar früher noch als E. STENGEL – zuerst in Wien, später in den USA mit der Beziehung zwischen Zwang und Schizophrenie, Zwang und Zylothymie eingehend beschäftigt<sup>2</sup>. Der Fall, den P. FEDERN als Paradigma in seiner «Ich-Psychologie» vorführt, begann als Neurasthenie mit einigen Phobien und Zwangsvorstellungen, er endete mit manisch-depressiven Zuständen und Medikamentensucht. Diesen Fall hat später S. FREUD selber zwei Jahre hindurch weiter analysiert. FEDERN schreibt dazu: «FREUD sagte mir, er vermute, daß die Ursache der Starrheit seiner Widerstände eine Paranoia sei; zwar ohne Erfolg hinsichtlich seiner Neurose, habe er (FREUD) ihn vielleicht vor dem Ausbruch seiner Paranoia bewahrt<sup>3</sup>.» Mit Recht fügt P. FEDERN hinzu: «Diese Beobachtung erlaubt uns, FREUDS Meinung, daß die Psychoanalyse unseren Patienten vor Paranoia bewahrt habe, mit der Erfahrung zu vereinigen, daß die Psychoanalyse Psychosen auslöst<sup>4</sup>.»

Unsere eigenen Erfahrungen (Fall 4) bekräftigen diese Beobachtung völlig. FEDERN gibt die mahnenden Anzeichen der verborgenen Schizophrenie in folgendem an:

«1. Des Patienten intuitives Akzeptieren und Übersetzen von Symbolen und widerstandsloses Verstehen seiner primären Prozesse.

2. Schnelles, sogar plötzliches Verschwinden schwerer neurotischer Symptome; doch leisten glücklicherweise . . . manche schizophrene Fälle der Auflösung der vorgebauten Neurose Widerstand.

3. Eine Krankengeschichte mit Perioden sehr verschiedener Arten von Neurose, wie Neurasthenie, Psychasthenie, Hypochondrie, frühzeitiger Konversionshysterie, Angsthysterie und Zwangsvorstellungen und schweren Depersonalisationen.

4. Psychotische Perioden echter Wahnvorstellungen und eines Verlustes der Realitätsprüfung in früher Kindheit. Wenn man während der Probeanalyse von solchen Phasen erfährt, so ist erwiesen, daß der Patient sich in einem intra- oder postpsychotischen Zustand befindet.

5. Dauernde Verschlechterung der Arbeitsleistung und Isolierung im gesellschaftlichen Verkehr nach der Pubertät oder nach dem Verlassen des geregelten Lebens zu Hause oder in der Schule. Neurotikern dagegen pflegt es eher eine

<sup>1</sup> STENGEL, E.: Neurosenprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II, S. 211.

<sup>2</sup> FEDERN, P.: a) Die Psychosenanalyse. Int. Ztschr. f. Psa. Bd. 19, 1933.

b) Unter demselben Titel in Psychiatric Quarterly, Bd. 17.

c) Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern, 1956, S. 107 ff.

<sup>3</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie, S. 115.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 117.



Zeitlang besser zu gehen, wenn in den äußeren Bedingungen eine Änderung zu größerer Freiheit eintritt oder eine neue biologische Periode erreicht wird.

6. Unbedingtes Vorwiegen der narzißtischen Reaktionsweise über die objekt-libidinöse.

7. Typische physiognomische Zeichen in Körperhaltung, Blick und Gebärden<sup>1</sup>.»

Auch K. SCHNEIDER hat darauf hingewiesen, daß Zwangssymptome als Pro-drome schizophrener Psychosen vorausgehen können. A. LEWIS berichtet 1936 über günstigeren Verlauf der Fälle mit Zwangsneurose<sup>2</sup>. In der Zürcher Psychiatrischen Klinik hat 1953 C. MÜLLER den «Übergang der Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese» geprüft<sup>3</sup>. Er konnte diesen Übergang bei sieben Zwangsneurotikern von 57 Anankasten beobachten (siehe später Katamnese). Die diagnostischen Schwierigkeiten, die durch die enge Beziehung zwischen Zwang und Schizophrenie bestehen, haben P. HOCH und P. POLATIN zur Aufstellung einer «pseudoneurotischen Form der Schizophrenie» angeregt. Bei dieser Form wird die Schizophrenie durch neurotische Symptome (polymorphe Angst, hysterische und vegetative Erscheinungen, polymorph-perverse, chaotische Sexualität) überdeckt, während das Affektleben mehr dem der Schizophrenie entspricht<sup>4</sup>. J. ROSEN fand unter 848 Schizophrenen 3,5% Zwangssymptome (in 30 Fällen) und bestätigt somit die Befunde von E. STENGEL<sup>5</sup>. Wir könnten die einschlägige Literatur noch ergänzen. Die erörterten genetischen Daten, insbesondere aber die 20 Jahre zielbewußt verfolgten klinischen Beobachtungen E. STENGELS müssen uns überzeugen, daß zwischen Zwang und Schizophrenie eine tiefe Beziehung bestehe. Sie wurde zwar klinisch-deskriptiv, phänomenologisch, psychoanalytisch-katamnestisch genau beobachtet, aber ich-analytisch nie durchleuchtet. Erst die experimentelle und therapeutische Ich-Analyse konnte jene Zusammenhänge im Ich-Leben aufdecken, die uns den Schlüssel zur Lösung des Rätsels der Zwang-Schizophrenie-Beziehung in die Hände gab. Als Konklusion der bereits in der Psychogenese mitgeteilten Erörterungen ergibt sich folgender Tatbestand:

1. Das Ich der Zwangskranken und das der paranoiden und hebephrenen Schizophrenen stehen miteinander in einer komplementären Beziehung. Sie stellen die komplementären Ich-Schicksale des gleichen Ichs nach der speziellen anankastischen Spaltungsweise dar.

2. Das klassische Zwangssyndrom ist die Manifestationsform des egosystolischen Spaltstückes, welches durch die Ambivalenz der Negation und Introjektion charakterisiert wird. Das paranoid- und heboid-schizoforme Syndrom hingegen entsteht durch die Manifestation des gegensätzlichen egodiastolischen Spaltstückes, welches die – bei dem egosystolischen Zwang abgespaltenen – zwei anderen Elementarfunktionen ausübt, nämlich die Projektion (= das Paranoid) und

<sup>1</sup> Ebenda: S. 119–120.

<sup>2</sup> LEWIS, A.: Problems of obsessional illness. Proc. roy. Soc. Med. 29, 325–336, 1936 (zitiert nach E. STENGEL).

<sup>3</sup> MÜLLER, C.: Schweiz. Arch. Neurol. u. Psychiatr. 72, S. 218–225, 1953.

<sup>4</sup> HOCH, P., und POLATIN, P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychat. Quart. 23, S. 276–284, 1949. Zitiert nach E. STENGEL. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II, S. 212.

<sup>5</sup> ROSEN, J.: The clinical significance of obsessions in schizophrenia. J. ment. Sci. 103, S. 773–786, 1937.

die Inflation = das Heboid-Manische). Die Beobachtung von E. STENGEL, daß während und vor der Katatonie Zwangssymptome *nie* registriert wurden, wird erst durch die spezielle anankastische Spaltungsart verständlich.

3. Das alternierende Erscheinen von Zwang und paranoider Schizophrenie wird durch Umdrehung der Spaltstücke verständlich. Die Faktoren, welche diese Vertauschung auf der Bühne der Klinik bewerkstelligen, sind zumeist äußere Geschehnisse. In einem unserer Fälle (Fall 26) hat die seelische Belastung der Bombardierung von Budapest den 15 Jahre ununterbrochen bestehenden Zwang zerbrochen, so daß auf der Bühne plötzlich die familiäre, paranoide Schizophrenie erschien. Im Fall 4 hat die Psychoanalyse – so wie es von P. FEDERN beschrieben wurde – den sieben Jahre dauernden Zwang plötzlich aufgehoben, an dessen Stelle die paranoide Schizophrenie erschien. In beiden Fällen ist das Paranoid nach der kurzen Internierung verschwunden und übergab seinen Platz wieder dem Zwang. Es wurde bereits erwähnt, daß C. MÜLLER (Zürich) in sieben Fällen von 57 Anankasten diesen Übergang von Zwang zu Schizophrenie katamnestisch beobachten konnte.

### *Zwang und zirkuläre Erkrankungen. (Depression und Manie)*

Schon bei der Beschreibung der Schizophrenie, die nach vorangegangenen Zwängen eintrat, betonte E. STENGEL die Häufigkeit des Auftretens von depressiven Symptomen<sup>1</sup>. Er weist auch darauf hin, daß suicidale und aggressiv-destruktive Zwangsimpulse, die eben im Hintergrund des Zwanges verdrängt sind, bei der Melancholie durch die Enthemmung häufig manifest werden. Der Zwangscharakter scheint diese Melancholiker gegen Vollzug des Selbstmordes nicht zu schützen. Auch P. FEDERN beschreibt Fälle, bei denen der Zwang mit Zyklophrenie, und zwar sowohl mit Depression wie auch mit Manie und Medikamentensucht einherging<sup>2</sup>. Als Indizien einer latenten Melancholie bei einem Zwang (und Hysterie) erwähnt P. FEDERN: 1. das allmorgendliche Auftreten von Depressionen; 2. die Reaktionsart, bei der der seelische Schmerz sich über das ganze Ich ausdehnt; 3. frühzeitige Periodizität. Die latente Manie kann sich nach diesem Autor in einem witzigen und doch humorlosen, narzißtisch-aggressiven Benehmen verraten. Dazu gesellen sich Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle. H. J. WEITBRECHT hat hingegen echte Zwangssymptome bei Manien nie, bei endogenen Depressionen hingegen nicht selten gefunden<sup>3</sup>.

\*

Im Lichte der Spaltungslehre kann man die Schizophrenie und den Zwang als Manifestationen der zwei entgegengesetzten Spaltstücke durch die Ich-Analyse leicht verstehen. Nicht so einfach ist dagegen das alternierende Erscheinen von Depression (bzw. Manie) und Zwang ich-analytisch zu erklären.

Die ich-analytischen Prozesse sind nämlich bei der Beziehung «Zwang und Manie» anders als bei der von «Depression und Zwang». Die Ich-Störungen bei

<sup>1</sup> STENGEL, E.: Zitierte Arbeit in der «Psychiatrie der Gegenwart». Bd. II, S. 211.

<sup>2</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie, S. 114 f.

<sup>3</sup> WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin-Göttingen, Heidelberg, 1960, S. 91.

der Manie sind – wie wir im Kapitel XLV ausführen werden – egodiastolischer, inflativer Natur. Man kann somit bei der anankastischen Spaltungsform annehmen, daß das egosystolische Spaltstück die klassischen Zwangssymptome, hingegen die Unifunktion der Inflation mit den gleichzeitigen Kontakttriebstörungen (mit völliger Ablösung von der Welt) die Manie bedinge. Hier wäre demnach die Spaltung im engeren Sinne des Wortes vorhanden, nur sind die Spaltstücke in bezug auf die Elementarfunktionen des Ichs ungleich verteilt. Wir beobachteten Fälle von Manie, bei denen neben der Inflation (Größenideen) auch destruktiv-negativistische Symptome vorkamen, die dann als *Schizomanie* diagnostiziert wurden. Wir konnten ferner das Verschwinden der Manie nach Auftreten von Zwangshandlungen registrieren. Der Zwang bedient sich zweier Elementarfunktionen, und zwar der Introjektion und der Negation, die in einer Ambivalenz zueinander stehen; die Ich-Störung der Manie hingegen fußt insbesondere auf der Inflation, die aber mit der Kontaktstörung zusammen das Bild der Manie hervorruft.

Die Verhältnisse der Ich-Funktionen bei der Depression gestalten sich völlig anders. Ich-analytisch kann man nämlich das Bild der Depression nicht als die Manifestation des dem Zwang entgegengesetzten Spaltungsstückes auffassen wie bei der Schizophrenie und Manie. Denn: die Ich-Störungen bei der Depression fußen auf den beiden gleichen egosystolischen Elementarfunktionen des Ichs wie beim Zwang. *Das ist u. E. die Ursache, warum bei jedem Zwang gleichzeitig auch depressive Symptome und bei jeder Depression auch egosystolische Zwangsimpulse aufzufinden sind.* Ein Unterschied in den Ich-Störungen beim Zwang und der Depression ergibt sich erst in dem Kräfteverhältnis der Introjektion zur Negation. Beim Zwang entsteht die obligate Ambivalenz eben dadurch, daß das Ich von der Introjektion und der Negation *in gleicher Intensität* Gebrauch macht. Ganz anders gestalten sich aber die Kräfteverhältnisse zwischen Introjektion und Negation bei der Depression. Zu Beginn einer Depression ist die Introjektion die führende Ich-Funktion. Der depressive Mensch introjiziert nach S. FREUD das Haßobjekt, von dem er sich wegen der Haßliebe nur schwer abtrennen kann. Nach Einverleibung des mit Haß geliebten Objektes läßt er sich von diesem introjizierten Haßobjekt, d. h. von dem eigenen Über-Ich, quälen. Daher der Masochismus, die Allschuld-, die Versündigungsideen, welche u. E. den gegen die eigene Person gerichteten Allmachtswahn darstellen. Der Allschuldwahn ist ja ein Introjektionswahn. Zur Zeit der Introjektion – oft auch der Introjektionsphase – findet man kaum Zwangsimpulse bei den Depressiven. Danach aber sinkt die Intensität der Introjektion, und der Depressive erreicht allmählich die Negationsphase<sup>1</sup>, die er aber übertrieben gegen sich richtet. Klinisch heißt das: Selbstvernichtungsideen bis zum Selbstmord oder aber katatoniforme Depression mit Destruktion und Selbstdestruktion. Inzwischen aber funktioniert die Introjektion – als Gegenfunktion der Negation, zwar abgeschwächt, immer noch weiter, und aus diesem Wettstreit zwischen Introjektion und Negation entstehen die Zwangsimpulse bei der Depression. Der Zwang und die Depression spielen sich demnach auf der gleichen egosystolischen Strecke der Ich-Umlaufbahn ab, nur sind die Stärkeverhältnisse zwischen Introjektion und Negation beim Zwang gleich groß, bei der Depression am Anfang in der Richtung der Introjektion, später in der der Negation krankhaft verschoben.

<sup>1</sup> MOSER, U.: Validierung, Blinddiagnose und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiäna II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955, S. 62 f.

## Zwang und hysteriforme Paroxysmen

P. FEDERN hat 1940 über «Hysterie und Zwang in der Neurosenwahl» eine Arbeit publiziert, in der er erörtert, daß im Sinne von S. FREUD verschiedene Störungen einander topisch nicht ausschließen; «aber ein Abwehrmechanismus macht häufig alle anderen überflüssig. Wenn mit zunehmendem Alter durch gehäufte Konflikte und Enttäuschungen das bestehende System von Abwehrmechanismen, z. B. das hysterische, oder zwangsneurotische, unwirksam wird, so entwickelt sich eine andere, tiefer greifende, seelische Störung. Mit den für sie charakteristischen Abwehrmaßnahmen, Kompensationen, Kompromissen und Rekonstruktionen entsteht die Psychose<sup>1</sup>.» So können Zwang, Hysterie und Melancholie bei dem gleichen Kranken im Laufe der Zeit erscheinen. Es wurde bereits erwähnt, daß S. FREUD in der Psychogenese des Zwanges als erste Phase die Verdrängung des Ödipuskomplexes erwähnt und als deren Folge in der untersten Schicht des Zwangssymptomgefüges hysterische Symptome anführt. Bei dem schwersten Zwangsneurotiker, den ich in meiner 43jährigen Praxis sah, im Fall 26, waren auch Ängste hypochondrischer Art, im Falle 4 klassische Platz- und Todesängste vorhanden. Diese paroxysmal-hysteriformen Symptome fußen – nach der Ich-Analyse – ebenfalls auf Negation. Verdrängung ist ja nur eine Form der Elementarfunktion der Negation. Wir schließen uns der Auffassung FREUDS an, daß im neurotischen Zwang die erste Phase einen hysteriformen Charakter trägt. Hinzu gesellt sich dann durch Introjektion der sozial-positiven Teile der Gegensätze, insbesondere des verdrängten Analsadismus, die Reaktionsbildung. So entstehen die Reinlichkeits-, Ordnungszwänge, die Milde (z. B. bei den Vegetariern). Nach den Untersuchungen der experimentellen Existenzformen von R. SEIDEL an 126 Epileptikern (Zürich) kommt die Zwangsexistenz bei Epileptikern nur sehr selten vor (1,5% in bezug auf alle Existenzformen).

*Die Therapie der Ich-Störungen beim Zwang* geht bei der traumatisch erworbenen Form einen anderen Weg als bei den schweren hereditären Anankasmen. Die klassische Psychoanalyse sollte ausschließlich bei den traumatischen Zwangsneurotikern angewendet werden. *In den Fällen hingegen, wo die Zwangskrankheit familiär angelegt ist, insbesondere wenn sie im Stammbaum bei nahen Verwandten mit paranoider oder heboider Schizophrenie zusammen auftritt, ist u. E. eine klassische psychoanalytische Behandlung kontraindiziert.* Sie provoziert oft die abgespaltene Psychose. In diesem Punkt halten wir uns völlig an die Mahnungen von P. FEDERN<sup>2</sup>. Der im Kapitel III dieses Buches mitgeteilte Fall 4 hat uns in dieser Auffassung bestärkt.

Was soll man aber mit dem hereditären Zwang schicksalsanalytisch anfangen? *Erstens soll man nicht analysieren!* Zweitens kann man versuchen, die Inhalte der Zwänge psychagogisch zu sozialisieren. Und zwar durch *Arbeitszwang* auf einem Gebiete, wo einerseits die Ordnungszwänge, andererseits die analen und sadistischen Triebansprüche befriedigt werden können. Tätigkeiten wie Karteiarbeit in einer Bibliothek oder in einem wissenschaftlichen Institut (Fall 26), im Antiquitätenladen, in einer Buchhandlung; bei Künstlernaturen Malen oder Bildhauern (womöglich in Stein), auf niederer Stufe Zwangsarbeit in Fabriken «am laufenden

<sup>1</sup> FEDERN, P.: Internat. Ztschr. f. Psa u. Imago, Bd. 25, S. 245–263, 1940. Zitiert nach «Ich-Psychologie und die Psychosen». Huber, 1956, S. 118.

<sup>2</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie, S. 118.

Band», Straßenkehren, Stallarbeit usw. können als sozialisierte Zwänge gut funktionieren. Meistens werden dabei zwar die krankhaften Zwangshandlungen nicht völlig abgestellt.

*Zwang ist aber u. E. häufig das beste Prophylaktikum gegen die Psychose. Darum versuchen wir den Zwang schicksalstherapeutisch sowohl bei der Schizophrenie wie bei der Manie und der maniformen Sucht als «Heilmittel» zu benützen.* Bei Frauen fördern wir die Putz-, Ordnungs-, Aufräumungs- und Waschwänge, während und nach einer Internierung. Bei Männern kommen die erwähnten Berufstätigkeiten in Frage.

*Prognose und Katamnese.* Die Richtigkeit der indirekten Therapie in der Schicksalsanalyse wird durch die prognostischen und katamnesticchen Ergebnisse bestätigt. Nach E. SCHLEGEL ist «der Verlauf der Schizophrenie bei Kranken, die vor oder während der Psychose auch Zwangssymptome hatten, . . . verhältnismäßig gutartig. Dies war besonders dann der Fall, wenn die Schizophrenie einer langjährigen Zwangsneurose folgte». Unser Fall 26 erlitt nach 15 Jahre dauernder Zwangsneurose einen zweiten paranoiden Schub, der aber nur drei Monate Internierung benötigte. Danach kehrten die Zwänge in der alten Form zurück. C. MÜLLER fand, daß der Verlauf der Schizophrenie ungünstiger war, wenn die zwangsneurotische Phase nur kurz gedauert hatte. Mein Mitarbeiter A. BEELI untersuchte mit Hilfe der experimentellen Existenzanalyse und einer von ihm selber ausgearbeiteten Prognostik 140 Fälle von analysierten Neurotikern und Präpsychotikern. Er stellte fest, daß eben diejenigen, die neben den führenden Symptomen auch eine Zwangsexistenz im Test lieferten, eine gute Prognose aufwiesen. Aus der Existenzskala des Falles 26 war z. B. ersichtlich, daß der Patient von den möglichen 17 Existenzformen im Vordergrund vor allem die Zwangsexistenz und im Hintergrund *die paranoide Existenz* als die stärksten Schicksalsmöglichkeiten in sich trug. Die Biographie dieses Anankasten zeigte, daß er nur zwei kleine schizophrene Schübe hatte und sonst Jahrzehnte hindurch seine anankastische Daseinsform lebte.

*Der indirekte Heilweg der Psychosen führt u. E. durch den Zwang.* Es ist die Aufgabe der Zukunft, Methoden zur künstlichen Erziehung der Zwänge zu entwickeln. *Die allgemeine Bejahung des Freiheitsprinzips in der Behandlung seelisch kranker Menschen darf uns davon nicht abschrecken, daß man paranoide Schizophrenie, Manische und maniforme Suchtkranke nicht mit einer freiheitlichen, sondern nur mit einer zwangsbaften Arbeit resozialisiert.* Eben dieser Ausnahmefall der Zwangsarbeit bestätigt die Regel der Freiheit in der Psychotherapie. Denn der Mensch wird durch den Arbeitszwang frei von der Psychose.

DIE SIEBENTE SPALTUNGSFORM  
NEGATIVISMUS GEGEN ANNAHME  
DER PROJEKTION UND INFLATION

VERDRÄNGUNG GEGEN DIE ANNAHME  
DER VERLASSENHEIT UND WEIBLICHKEIT

*Wesen und Psychotherapie der katatoniformen Ich-Spaltungen*

Die katatoniforme Ich-Spaltung kann sowohl zu hereditär-psychotischen wie auch zu traumatisch-neurotischen Ich-Störungen führen. Wir werden die Begriffsbestimmung, das Wesen und die Therapie der beiden Formen zusammenhängend behandeln.

*Begriffsbestimmung.* Ich-analytisch besteht das Gemeinsame beider Formen darin, daß in dem einen Spaltstück die Negation allein vorherrscht, im anderen hingegen drei Elementarfunktionen: die Projektion, die Inflation und die Introjektion, dominieren (Abb. 30).

a) In der *Psychiatrie* bedeutet der Begriff «Negativismus» die Verselbständigung der Gegentendenz (K. JASPERS)<sup>1</sup>. Negativismus ist das entgegengesetzte Bild von Befehlsautomatismus, Echolalie und Echopraxie, wo eben die Bejahungstendenz sich ohne die verneinende Gegentendenz verselbständigt. Bei dem Negativismus wird alles Tun und Denken in das Gegenteil umgesetzt, da die Kranken sich gegen jegliche Annahme und Identifizierung sträuben. Sie sollen sprechen – und schweigen, sollen essen – und fasten, sollen vorwärtsgehen – und gehen rückwärts usf. Es fehlt somit im Vordergrund völlig die Einverleibung von Wertobjekten der Realität, d. h. die Introjektion und infolgedessen auch die Identifizierung. Der negativistische Katatone sagt nicht nur zu allem Nein, sondern er macht eben immerfort das Gegenteil. Er unterscheidet sich demnach vom Zwangskranken durch das völlige Fehlen der Ambivalenz. In der Seele des katatoniformen Menschen steht an Stelle der Ambivalenz nur die *Kontratendenz*. Der gesunde Mensch kann unter den gegensätzlichen Möglichkeiten von Ja und Nein, die für jeden stets offenstehen, wählen. Der Zwangsneurotiker wird durch die überdurchschnittliche Stärke der Ambivalenz wahlunfähig. Die katatoniforme Person wählt das Gegenteil von all dem, was man von ihr erwartet, oft sogar auch von dem, was sie selber gerne wählen möchte. Ich-analytisch heißt dies, daß der katatoniforme Kranke völlig der Elementarfunktion der Negation ausgeliefert ist. Die Umlaufbahn des Ichs ist in der Negation stehengeblieben.

b) Die *Psychoanalyse* spricht von Verneinung, wenn das Ich Vorstellungen, Triebstrebungen oder Ideale verneint, die einst durch Verdrängung zum Inventar des persönlichen Ubw gehörten. «Verneinung ist eine Art, das Verdrängte zur Kenntnis zu nehmen» – schreibt S. FREUD – «eigentlich schon eine Aufhebung

<sup>1</sup> JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin und Heidelberg, 1948, S. 153 f.

der Verdrängung, aber freilich keine Annahme des Verdrängten . . .<sup>1</sup>» Ein verdrängter Vorstellungs- oder Gedankeninhalt kann also zum Bewußtsein durchdringen, unter der Bedingung, daß er sich verneinen läßt.

Nach S. FREUD ist die Negation keine Elementarfunktion in der Umlaufbahn des Ichs, sondern eine intellektuelle, bewußte Urteilsfunktion. Durch die Verneinung wird zwar der Weg für einen Teil des Verdrängten freigemacht, nämlich für die verdrängten Inhalte, der affektive Teil hingegen besteht weiter fort. FREUD sagt: «Die Verurteilung ist der intellektuelle Ersatz der Verdrängung, ihr Nein ein Merkzeichen derselben, ein Ursprungszertifikat etwa wie das ‚made in Germany‘<sup>2</sup>.» Während bei der Introjektion durch die Urteilsfunktion – vom Standpunkt des Lust-Ichs aus – die Wahl auf das Gute, die Angleichung (Identifizierung) des Ichs an das Beste fällt, wird bei der Negation alles, was ich-fremd oder «schlecht» ist, verurteilt, negiert. Vom Standpunkt des Real-Ichs wird das Bestehen, insbesondere das Weiterexistieren eines Befriedigungsobjektes, das gute Eigenschaften besitzt, verneint.

c) In der *Schicksalsanalyse* wurde der Begriff der Negation – im Gegensatz zur Psychoanalyse erweitert und als eine Elementarfunktion des Ichs mit *vielen* Manifestationsformen erfaßt. Diese Begriffserweiterung hängt eng mit dem Ergebnis der experimentellen Ich-Analyse zusammen. Die Negation stellt genau so ein Ich-Radikal dar wie die Projektion, die Inflation und die Introjektion. *Sie ist nicht ein intellektueller Ersatz für die Verdrängung, sondern die Verdrängung selbst ist unter anderem nur eine Manifestationsform der Elementarfunktion der Negation.* Die Negation ist nach der schicksalsanalytischen Ich-Lehre nicht immer eine bewußte intellektuelle Urteilsfunktion. Das Ich verneint auch unbewußt bestimmte Strebungen und Vorstellungen. Bei der Erörterung der klinischen Formen wird aufgezeigt, wie groß der Manifestationsbereich der Negation ist.

*Die Psychogenese und Pathogenese* der Negation wurde bei FREUD im Sinne der Trieb- und Verdrängungslehre dargestellt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Negation in der Psychoanalyse nur dem Ziel dienen sollte, die Unbehaglichkeit des Verdrängten auf dem Wege loszuwerden, daß seine Inhalte dem Bewußtsein zugeführt und danach verneint werden. In diesem Urteil des Ichs entpuppt sich der Destruktionsdrang, der Todestrieb, nachdem die Erostriebte – infolge der Ausstoßung aus der libidinösen Vereinigung – unbefriedigt wurden. S. FREUD schreibt: «Die Bejahung – als Ersatz der Vereinigung – gehört dem Eros an, die Verneinung – Nachfolge der Ausstoßung – dem Destruktionstrieb<sup>3</sup>.» Im Lichte der psychoanalytischen Abwehrlehre wehrt sich demnach das Ich gegen die Ausstoßung aus der erotischen Vereinigung, d. h. gegen die Verlassenheit, durch die Verneinung. Vorerst wurde aber der Wunsch nach Vereinigung wie auch die Ausstoßung verdrängt, danach das Verdrängte für das Bewußtsein freigelegt und durch eine intellektuelle Urteilstätigkeit verneint. Diese psychische Entstehungsgeschichte der Verneinung kann natürlich nur bei bestimmten traumatischen Neurosen in Frage kommen. Auch hier muß aber betont werden, daß neben der Verlassenheit oftmals – sowohl bei Männern wie bei Frauen – auch die Weiblichkeit verneint wird.

<sup>1</sup> FREUD, S.: Die Verneinung. Ges. Schr. Bd. XI, S. 4.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 4.

<sup>3</sup> FREUD, S.: Die Verneinung. Ges. Schr. Bd. XI, S. 7.

P. SCHILDER spricht von nihilistischen Weltuntergangserlebnissen, die durch Verneinung der Welt entstehen und bei Schizophrenen andere Wege gehen als bei der Melancholie. Die schizophrenen Weltuntergangsphantasien sollen nach dem Autor durch Annäherung von Körper und Welt entstehen, wobei die Welt verleugnet wird. Während bei der narzißtisch-magischen, paranoiden Schizophrenie der Körper in die Welt hineingestellt wird, soll bei der katatonen Schizophrenie die verleugnete Welt in den Körper hineinverlegt sein<sup>1</sup>. Daher der Drang nach Selbstdestruktion. Bei den nihilistischen Gedanken der Melancholiker soll nach P. SCHILDER die Welt zwar noch existieren, aber «nur als Objekt der Nahrungsaufnahme und als Umsatzprodukt der Nahrungsaufnahme: als Kot und als Verwesungsprodukt. Mit anderen Worten: die Welt ist auf primitivere Stufe gesunken, ist aber doch nicht in Gefahr zu verschwinden»<sup>2</sup>. Nach dieser Auffassung scheint es demnach Differenzen zu geben in der Art, wie der Katatone und der Melancholiker den Weltuntergang erleben.

P. FEDERN spricht von verschiedenen Wegen, durch die der Mensch dem Schmerzzustand nach einer Versagung auszuweichen versucht. Als den leichtesten Weg bezeichnet er den der raschen Verdrängung. Als den schwierigsten: den der Spaltung des Ichs, die zur Skotomisierung (STEKEL, LAFORGUE) desjenigen Ich-Teils führt, der sich noch für das Objekt interessiert. «Skotomisierung bedeutet, vom gesamten Sektor der Welt, dem ein frustrierendes Objekt zugehört, nichts zu merken<sup>3</sup>.» Dieser Vorgang ist nach dem Autor eine unbewußte Verleugnung des frustrierenden Objektes. Nach FEDERN sind Verdrängung und Verleugnung die Wege, auf denen das Ich die vernünftige und völlig normale Reaktion der Verneinung zu vermeiden versucht. Sie sind – im Gegensatz zur Verneinung – unvernünftige Reaktionen. Er schreibt: «Diese drei negativen Reaktionsweisen: Verdrängung, Verleugnung, Verneinung, muß jedermann nach Möglichkeit auf das einzelne frustrierte Begehren und dessen spezielles Objekt beschränken lernen. Derart eingeschränkt sind alle drei Reaktionen normal und von Nutzen<sup>4</sup>.» FEDERN stellt folgende Rangordnung der drei negativen Reaktionsarten auf: Die Verneinung – als Neinsagen – führt zur größeren Erfahrung in der Bewältigung der Wirklichkeit. Der Mensch, der auf eine Versagung mit Verneinung reagiert, bleibt für neue Liebesbeziehungen fähig, aber er wurde gewarnt. Derjenige aber, der die Versagung und deren Objekte verleugnet, wird künftig diese Verleugnung leicht verabsolutieren und eine Art Idiosynkrasie gegen den das Objekt enthaltenden Sektor der Welt entwickeln<sup>5</sup>. Bei Verleugnung eines Sektors der Welt opfert die Person dabei Objektivität und Wissen um Gemütsruhe<sup>6</sup>. Die Verdrängung schützt sie am besten vor den Wirkungen der Versagung, behindert hingegen das rationale Denken und die Objektivität der Beobachtung am meisten. Verdrängung wird dennoch mit weniger Gegenbesetzung aufrechterhalten als die Verleugnung und wird deshalb weniger als Störfaktor empfunden.

---

<sup>1</sup> SCHILDER, P.: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Basis. Int. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925, S. 87 f.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 156.

<sup>3</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie, S. 250 f.

<sup>4</sup> Ebenda: S. 251.

<sup>5</sup> Ebenda: S. 251.

<sup>6</sup> Ebenda: S. 252.



*Die Ich-Analyse der Negation.* Der Umstand, daß P. FEDERN die drei Reaktionsarten: Verneinung, Verleugnung und Verdrängung, als «negative Reaktionsweisen» erörterte, ermöglicht es, daß wir seine Auffassung in unserer Ich-Analyse, die ja eine generelle *Elementarfunktion der Negation* mit mehreren Erscheinungsformen annimmt, anwenden können. Die Unterschiede zwischen den zwei Auffassungen sind die folgenden:

Erstens sieht P. FEDERN im Sinne von S. FREUD hinter den drei Reaktionsarten überall noch die Lust-Unlust-Ökonomie als das führende Prinzip, das dann die Art der Abwehr bedingt.

Zweitens ist auch P. FEDERN genau so weit entfernt von der Annahme einer generellen Umlaufsbahn des Ichs wie S. FREUD. Für die schicksalspsychologische Ich-Analyse ist aber die Negation ein Ich-Radikal, und zwar die letzte Station für alle Inhalte des Ichs in seiner Umlaufsbahn. Darum kann man die Negation immer nur im Zusammenhang mit den drei anderen Elementarfunktionen (Projektion, Inflation und Introjektion) betrachten und bewerten. Unserem Dafürhalten nach genügt hier also zum Verstehen der Folgen die Anwendung des Prinzips der Lust-Unlust-Ökonomie nicht. *Was hier ausschlaggebend ist, das sehen wir eben in der Abspaltung, in der Ausschaltung der Introjektion, der Inflation und der Projektion, die als vorangehende Elementarfunktionen das Spaltstück zur Negation bilden.* Die Folgen der Unifunktion der Elementarfunktion der Negation kann man demnach nur durch den Ausfall der drei anderen Elementarfunktionen aus der Umlaufsbahn begründen und verstehen und nicht auf Grund einer Lust-Unlust-Ökonomie.

Bleibt die Umlaufsbahn des Ichs in der Negation stehen, so weist die Person folgende seelische Mangelerscheinungen auf:

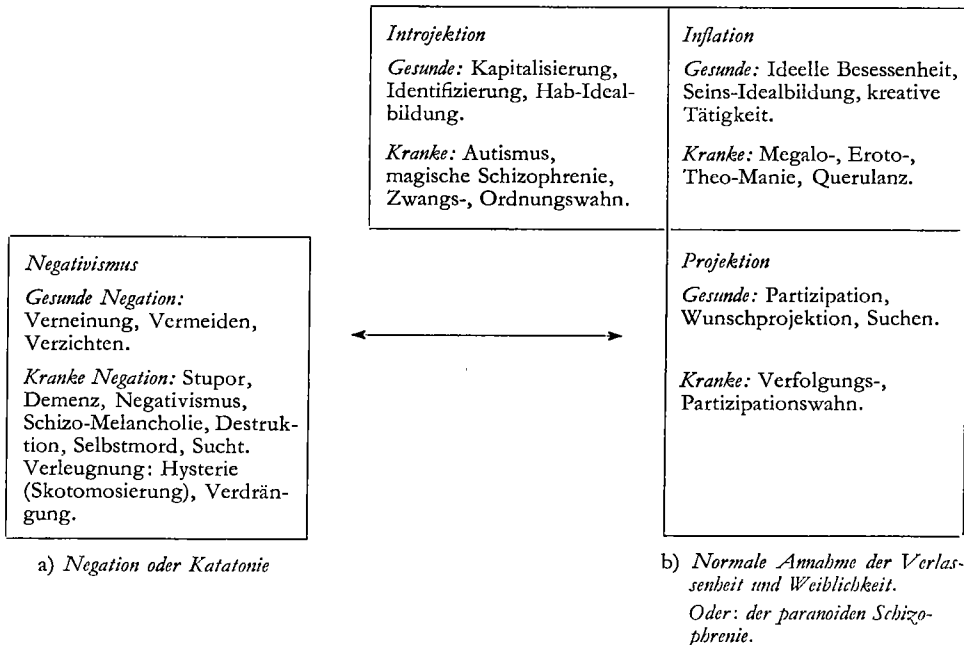


Abb. 30. Schema der Ich-Spaltung in Negation oder Katatonie (a) und Annahme der Verlassenheit und der Weiblichkeit oder der paranoiden Schizophrenie (b)

Wegen des Ausfalls der Introjektion wird sie zur Bejahung, Wahrnehmung der Innen- und Außenwelt und somit zur Annahme der Wertobjekte und Wertinhalte der Realität gänzlich oder teils unfähig. Es fehlt auch die Tendenz zur Identifizierung.

Wegen des Ausfalls der Inflation wird sie zu jeglicher geistigen Erhöhung, zu einer ideellen Begeisterung und schöpferischen Tätigkeit unfähig.

Wegen des Ausfalls der Projektion wird sie zur Partizipation, d.h. zu einem ich-haftem Eins- und Gleichsein mit dem anderen, ferner zu Wunschprojektionen in die Außenwelt unfähig. Daher auch das Fehlen des Dranges, auf die Suche nach Objekten zu gehen. Die Person wird völlig kontaktlos und isoliert.

*Drittens richtet sich die Negation bei den Katatonen (Abb. 30a) an erster Stelle gegen die Annahme (Introjektion) der inflativen und projektiven Welt. Daher unsere bereits 1952 mitgeteilte Auffassung, nach der die Katatonie einen spontanen Selbstheilungsversuch des Paranoiden darstelle<sup>1</sup>. Der Katatone schützt sich durch die Negation u.E. nicht unmittelbar gegen den Schmerzzustand der Versagung im Eros, sondern gegen die projektiven Verfolgungsideen, gegen den inflativen Seinsmacht- und introjektiven Habmachtwahn. Der Negativismus, dieses steinharte, massive Neinsagen, gilt also dem Wahn, den der Katatone abzuspalten versucht. Für diese Interpretation der katatoniformen Ich-Spaltung sprechen insbesondere zwei allbekannte klinische Erfahrungen. Erstens, daß eine kurze oder längere paranoide Phase fast bei allen Katatonen biographisch und klinisch aufgezeigt wurde. Zweitens, daß der katatone Negativismus des öfteren plötzlich durch Wahnideen unterbrochen werden kann.*

Der Pathomechanismus bei den katatoniformen, schizoiden Neurosen gestaltet sich in ähnlicher Weise, aber die Gefahr, gegen die die Negation mobilisiert wurde, trägt andere Inhalte. Der abgespaltene Block der Projektion, Inflation und Introjektion (Abb. 30b) ist natürlich auch bei der katatoniformen Neurose der nämliche. Nur manifestiert sich das trifunktionelle abgespaltene Ich-Stück im Hintergrund bei der Neurose nicht als Wahn, sondern als Annahme der Verlassenheit oder der Weiblichkeit. *Die Negation schützt somit den katatoniformen Neurotiker gegen die reale Notwendigkeit, die Verlassenheit oder die Weiblichkeit anzunehmen, sie dem Ich einzuwerleiben.* Bei den traumatisch-neurotischen Fällen kann man im Sinne FREUDS behaupten, daß die katatoniformen, kontaktunfähigen Neurotiker eben die Verlassenheit oder die Weiblichkeit und deren Annahme verdrängen. In leichteren Fällen genügt somit die Anwendung der Abwehrlehre. Bei schweren negativistischen Neurosen, Präpsychosen und Psychosen müssen wir – ähnlich wie P. FEDERN – von der Spaltungslehre Gebrauch machen.

Im Lichte der Umlaufbahntheorie des Ichs können wir biographisch schrittweise dem Werdegang der katatoniformen Ich-Störungen nachfolgen. 1. Am Anfang der Erkrankung steht eine Störung in der Partizipation. Diese kann natürlich auch als Wiederholung der Störung in der Mutter-Kind-Beziehung aufgefaßt werden. 2. Darauf folgt die Rückerstattung der Projektionen, und so entsteht eine Verdoppelung des Ichs in Form einer Inflation. 3. Die Person versucht nun, die doppelte Seinsmacht auf dem Wege der Introjektion zu realisieren. Es entstehen Habmachtideen, die sich aber als unrealisierbar erweisen. 4. Erst nachdem die Person diese gefahrbringende Strecke der Umlaufbahn ohne jeglichen

<sup>1</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie. Huber, Bern, 1952, S. 311.

realen Erfolg passiert hat, greift sie zu dem Schutzmittel der Negation. Sie spaltet alle Funktionen, Strebungen und Inhalte ab, die mit Projektion, Inflation und Introjektion zusammenhängen und versteift sich im Zustand der Negation (siehe Abb.30).

Ist die Stärke des Negationsdranges konstitutionell abnorm stark, so entwickelt sich das Bild des katatonen Negativismus. Es entsteht die *hereditäre* katatoniforme Ich-Störung.

Ist aber die Negation umweltbedingt, so entsteht durch die Verdrängung eine katatoniforme, zumeist auch depressive Neurose. Dann kann man von einer *erworbenen* katatoniformen Ich-Störung sprechen, die im Abwehrkampf gegen die Verlassenheit oder die Weiblichkeit sekundär entstanden ist.

Neben diesen zwei krankhaften Formen der katatoniformen Ich-Störungen gibt es noch die *physiologische*, ubiquitäre Funktion der Negation, welche für alle Triebstrebungen, Seins- und Hab-Macht-Vorstellungen der normalen Psyche die Endstation ihrer Umlaufbahn im Ich repräsentiert. Man nennt sie: *Verzichten, Vermeiden, Resignation*. Zu betonen ist aber hier der Tatbestand, daß – glücklicherweise – nicht alle Triebstrebungen, Seins- und Hab-Macht-Vorstellungen für alle Zeiten normaliter endgültig verneint werden, sondern nur diejenigen, welche aktuell unrealisierbar sind. Sonst wäre ja die Welt schon längst ergraut und die Menschheit bereits ausgestorben.

*Die genetische Ätiologie bei Katatonie* wurde 1940 von H. LUXENBURGER<sup>1</sup> vergleichend mit anderen Formen der Schizophrenie untersucht. Die Tab. 19 gibt die Ergebnisse des Autors an.

Tab. 19. Erkrankungs-wahrscheinlichkeit für Schizophrenie nach H. LUXENBURGER

	Erkrankungs-wahrscheinlichkeit für Schizophrenie in % bei		Schizoidie-Häufigkeit in % bei	
	Kindern	Geschwistern	Kindern	Geschwistern
Leidet der Proband an: <i>Hebephrenie</i>	20,7	11,6	31,9	9,4
<i>Katatonie</i>	21,6	13,4	30,2	10,2
<i>Paranoider Schizophrenie</i>	10,4	8,9	35,6	12,4
<i>Schubartig verlaufender, nicht verblörender Schizophrenie</i>	11,6	9,5	31,7	12,0

Die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit bei den Kindern der Katatonen ist groß: 21,6%. Die Anlage zu Schizoidie bei den Kindern von Katatonen, d. h. zu einer schizoformen Neurose ist noch höher: 30,2%. Diese Daten H. LUXENBURGERS (1940) sprechen eindeutig für die Rolle des Erbes in der Entstehung der katatoniformen Ich-Spaltung und Ich-Störung. Es ist möglich, daß auch bei den traumatisch-neurotischen Fällen die Wahl der katatoniformen Ich-Störung erbbedingt ist.

<sup>1</sup> Zitiert nach O. VON VERSCHUER: Genetik des Menschen. 1959, S. 337,

*Die klinischen Formen:* Auf Grund der vorangehenden Erörterungen kann man die klinischen Erscheinungsformen der zwei Spaltstücke bei der katatoniformen Spaltungsweise im folgenden zusammenstellen (Abb. 30a und b):

#### A. Die Erscheinungsformen des Spaltstückes der Negation

I. *Physiologische Formen:* 1. Verzicht, 2. Vermeidung, 3. Resignation nach vorausgegangenen Enttäuschungen, Versagungen und bei chronischer Verlassenheit.

II. *Neurotische Formen:* 1. *katatoniforme Schizoidie* nach traumatisch entstandener Verdrängung der Weiblichkeit, der Verlassenheit, der Identifizierung. 2. Neurotische, *hysteriforme Skotomisierung* eines Teiles der Wirklichkeit durch Verleugnung. 3. *Kontaktverneinende Neurosen* mit Isolierung, Depressionen, Selbstsabotagen und Arbeitsstörungen.

III. *Psychotische Formen:* 1. *Katatonie und Stupor*. 2. *Katatoniforme Melancholie* (Schizomelancholie) mit Selbstmordgefahr. 3. *Negativistischer Selbstentwertungs- und Unwürdigkeitswahn*. 4. *Allothanatomie* (Ausrottungsideen von Familienmitgliedern) und *Autothanatomie* (Selbstmord). 5. Selbstzerstörung durch *Trunksucht, Narkomanie*<sup>1</sup>. 6. *Postenzephalitisches katatoniformes Syndrom*. 7. Wochenbettpsychosen mit katatonem Stupor (HERZ, RÖMER<sup>2</sup>). 8. Katatone Schizophrenie nach CO-Vergiftung (ROEDER-KUTSCH und SCHOLZ-WÖLFING) oder nach Eunarconnarkose (ELSÄSSER und THEWALT)<sup>3</sup>. Bei den drei letzten Formen sollte neben den histochemischen Veränderungen auch die spezielle Erbanlage untersucht werden. 9. Diese Aufzählung der Manifestationsmöglichkeiten der Ich-Störungen durch Negation muß noch dahin ergänzt werden, daß nach den Erfahrungen mit dem Trieb- und Ich-Test *psychoorganische und epileptische Kranke mit Demenz und Stupor* des öfteren ebenfalls in der Negationsphase des Ich-Lebens starteten (R. SEIDEL).

#### B. Die Erscheinungsformen des Gegenspaltstückes zur Negation

I. *Physiologische Formen:* 1. Annahme der Verlassenheit nach Abtrennung von den Eltern oder deren Ersatzpersonen. 2. Annahme der matrikulären Weiblichkeit bei Frauen und der latenten Weiblichkeit bei Männern. 3. Identifizierung nach Introjektion der Objekte, die man geliebt und verloren hat. 4. Habmachtsansprüche der Frauen.

II. *Die neurotischen Formen* sind im Grunde die gleichen wie jene, welche unter physiologischen Zuständen entstehen, nur ist die Stärke der Verlassenheit und der Weiblichkeit größer. Demzufolge sind auch die Charakterveränderungen durch Introjektion ausgeprägter, insbesondere aber die Abwehrtätigkeit durch Verdrängung und Verleugnung stärker.

III. *Psychotische Formen:* 1. *Paranoide Schizophrenie* mit Projektions- und Inflationswahn, wobei die Projektion und die Inflation zu relativ stärkeren Ich-Störungen führen als die Introjektion. 2. *Magisch-autistische Schizophrenie* mit Dominanz des Introjektionswahnnes: kosmische Allmachtsideen, telepathische Wahn-

<sup>1</sup> Siehe Näheres: Ich-Analyse, Huber, 1956. Der Negations- und Destruktionswahn, S. 442.

<sup>2-3</sup> Zitiert nach CONRAD, K.: Die symptomatischen Psychosen. Psychiatric der Gegenwart. Springer, 1960, S. 405-406.

ideen, fetischistischer, exhibitionistischer Sexualwahn, Zwangs- und Ordnungswahn, wobei auch Verfolgungs- und Größenideen entwickelt werden.

Vergleicht man die Manifestationsmöglichkeit der zwei Spaltstücke in den psychotischen Fällen, so fällt die Antwort auf die Frage schwer, ob die katatoniforme Ich-Störung ohne Wahnbildung oder aber die projektiv-inflativ-introjektive Ich-Störung mit Wahnbildung als die psychiatrisch schwerere Form zu erachten sei. Darum kann man von einer künstlichen oder spontanen Umdrehung der Spaltungsteile keine Besserung erwarten.

*Die Psychotherapie* geht natürlich bei den Neurosen mit Verdrängungen andere Wege als bei den hereditären katatoniformen Ich-Störungen.

Der Negativismus der Katatonen bereitet dem Psychotherapeuten zweifellos die größten Schwierigkeiten. Während die Paranoiden, deren dominierende Ich-Funktion ja die Projektion und somit auch die Partizipation ist, auf eine Partizipationstherapie unter Umständen relativ leichter ansprechen, versagt diese häufig bei negativistischen Katatonen völlig. Katatone verneinen ja sowohl die Partizipation (= Projektion), wie die schwärmerische Übertragung (= Inflation), insbesondere aber die Identifizierung, d.h. eben die wichtigsten Pfeiler einer Behandlung, am heftigsten. Trotz diesem Umstand sollte man dennoch zu Beginn der Krankheit, besonders bei Jugendlichen, die Anwendung der Partizipationstherapie versuchen. Die klinischen Erfahrungen weisen nämlich dahin, daß sogar bei den schweren, chronisch Katatonen der Negativismus durch lebensbedrohende oder starke lustbetonte äußere oder innere Reize plötzlich durchbrochen werden kann.

Nach mündlicher Mitteilung von I. HOLLOS hat ein chronischer Katatoner in Südungarn beim Brand der Anstalt den Negativismus in dem Moment aufgegeben, wo der Balken über seinem Bett, in dem er sich jahrzehntelang stumm und regungslos verkrochen hatte, zu brennen begann. Er stieg selber aus dem Bett und ging allein in den Hof hinunter. Die Bejahungstendenz des Lebens war also doch nicht völlig zerstört. Ein anderer Kollege erzählte, daß ein katatoner Maler und Graphiker, an dessen Bette er – der Psychiater – tagein, tagaus stundenlang mit farbigen Stiften gezeichnet hatte, ihm plötzlich den Stift aus der Hand riß und selber zu zeichnen begann. Daß der Negativismus bei jüngeren Patienten auf dem Wege einer geduldigen, langdauernden Partizipationstherapie dennoch – wenn auch nur für eine Weile – aufgehoben werden kann, zeigt auch folgender Fall:

*Fall 52. Anwendung des Testes in der Behandlung einer Katatonikerin zur Konfrontation mit den Motiven ihres Negativismus.* Die 30jährige Tochter eines Fabrikanten war wegen katatoner Zustände mehrmals interniert. Die Krankheit begann nach dem Tode der Mutter. Sie verweigerte die Nahrung, das Sprechen, Arbeiten und stand mit einem verzweifelten, ratlosen Gesicht stundenlang wie eine Statue bewegungslos in einer Ecke des Zimmers. Nachdem alle meine Versuche, in der Anstalt mit der Patientin einen mündlichen Kontakt herzustellen, versagten, entschloß ich mich zu folgender Technik. Ich legte ihr die Bilder meines Testes auf den Tisch und forderte sie energisch auf, die zwei sympathischsten und zwei antipathischsten wortlos zu wählen. Viele Tage hindurch versagte auch diese «stumme» Kontaktnahme. Ich gab aber nicht nach und besuchte sie weiter mit dem Testkasten. Eines Tages begann sie dennoch zu wählen, worauf ich sie quasi schock-

artig mit dem Sinn ihrer Wahl offen konfrontierte. Von nun an wartete die Patientin täglich schon ungeduldig auf mein Kommen. Und noch mehr. Auf meine Aufforderung kam sie selber pünktlich in mein Sprechzimmer. Sie wählte stumm die Testbilder, und ich konfrontierte sie täglich mit den aktuell verneinten Strebungen und Gedanken, die das Testprofil jeweils aufdeckte. Nach vielen Wochen gab sie mir beim Abschied lächelnd die Hand. Auf diesem künstlichen Wege konnte ich die Patientin über die Psychogenese ihres Negativismus allmählich aufklären. Obwohl sie dazu weder Ja noch Nein sagte, wirkte diese künstliche Konfrontations- und Partizipationstherapie doch günstig. Sie konnte die Anstalt verlassen und übernahm wieder den Haushalt ihres Vaters.

\*

Der Heilplan einer Psychotherapie bei katatoniformen Ich-Störungen muß genau so aufgestellt werden wie bei allen anderen Psychosen. Zuerst soll man die Partizipation aus dem abgespaltenen Gegenstück mit Mühe und Ausdauer in die Umlaufbahn des Ichs wieder einschalten. Wo eine spezielle Begabung vorhanden ist, soll man es versuchen, die künstlerische, kreative Inflation – nach der Partizipation – ebenfalls einzuschalten. Die Rückfälle entstehen meistens aber darum, weil man bei Katatonen die introjektiven Identifizierungen kaum herstellen kann. Vermutlich deshalb, weil die projektive und inflative paranoide Wahngefahr den Weg zur Introjektion versperrt. Gelingt aber das Vertauschen der Spaltgegenstücke und wird der Katatone durch die Umdrehung des gespaltenen Ichs ein paranoider Wahnkranker, dann muß man eben diese Wahnideen analytisch auflösen und versuchen, den Kranken mit der im Hintergrund lauernden Verlassenheit und den Triebstrebungen (Weiblichkeit usf.) zu konfrontieren, und zwar so lange, bis er sie annimmt und introjiziert. Somit wird die Türe zur Negation versperrt – oder nur halb offen gelassen.

Die durch Elektroschock erwirkte Umdrehung der katatoniformen Spaltung dauert – meiner Erfahrung nach – nicht lange. Als Beispiel weisen wir auf den lehrreichen Fall im «Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik» hin<sup>1</sup>. Eine kombinierte Psycho- und Chemotherapie sollte man in allen diesen Fällen versuchsweise anwenden.

Die Psychotherapie der durch Verdrängung und Verleugnung (Skotomisierung) zustande gekommenen Neurosen geht zuerst den Weg der klassischen Psychoanalyse. Eine Fortsetzung der Psychoanalyse in der Richtung der Schicksalsanalyse ist dann indiziert, wenn: 1. in der Ich-Störung neben den traumatischen Erlebnissen auch hereditäre Faktoren aufweisbar sind; 2. in der Analyse Ahnenträume gehäuft auftreten; 3. insbesondere dann, wenn trotz vollständiger Bewußtwerdung des Verdrängten die Symptome weiter bestehen.

\*

Wir kommen nun zur Erörterung der *achten und letzten* Form der Ich-Spaltungen.

---

<sup>1</sup> II. Aufl., S. 404 ff.

# DIE ACHTE SPALTUNGSFORM ANPASSUNG ALS DIE NEGIERTE PROJEKTION UND DER TOTALE NARZISSMUS ALS DIE INTROJIZIERTE INFLATION

## *Wesen der legierenden Ich-Spaltungen*

Diese häufigste Art der Ich-Spaltungen trägt die einmalige besondere Note, daß beide Spaltstücke – unter günstigen Umständen – ohne jegliche Ich-Störung funktionieren können. Die Träger dieser Spaltstücke sind zumeist psychisch gesunde Menschen.

### *Der angepaßte, der kultivierte und der asoziale Mensch*

*Begriffsbestimmung.* Durch die legierende Spaltungsweise entstehen folgende zwei Ich-Stücke:

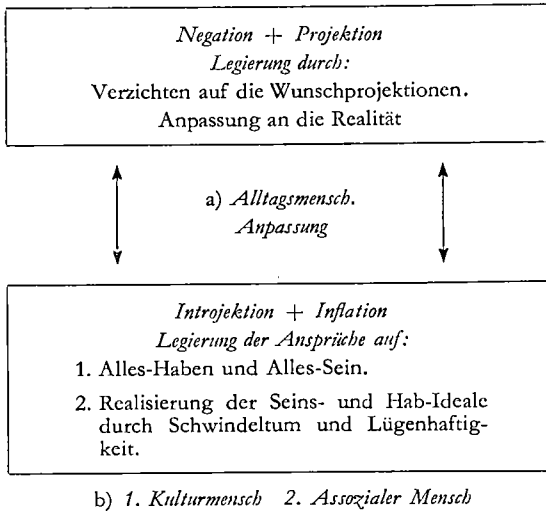


Abb. 31. Schema der legierten Ich-Spaltung in Anpassung (a) und totalen Narzissmus (b, 1, 2)

a) *Die Anpassung als die negierte Projektion:* Das Ich der Person lebt die zwei Elementarfunktionen von Projektion und Negation ständig in legierter Form aus. Durch dieses Spaltstück paßt sich der Alltagsmensch an die Realität an. Sein Ich-Leben wird durch zwei für die Aufrechterhaltung einer Gemeinschaft ausschlaggebende Charakteristika gekennzeichnet. Erstens dadurch, daß er alle seine Triebansprüche in die Außenwelt hinausverlegt, projiziert, aber diejenigen, welche von der Sozietät verboten sind, verneint. Zum zweiten werden vom Alltags-Ich sowohl die Ansprüche auf Alles-Sein, d.h. auf die Inflation, wie auch die auf Alles-

Haben, d.h. auf die totale Introjektion, abgespalten. Durch die Häufigkeit dieser Menschen in der Bevölkerung, durch ihre Kraft zum Verzicht auf die projizierten Wunschansprüche, insbesondere aber durch die Abspaltung der Ansprüche auf Alles-Sein und Alles-Haben, sind sie in der Tat die Stütze der Gemeinschaft, der gesunde Kern der sozialen Sicherheit. Alltagsmensch ist nach der Ich-Analyse jeder, der unter notwendigen Umständen auf seine Wunschprojektionen zu verzichten und den allmenschlichen Drang nach Alles-Sein und Alles-Haben abzuspalten vermag (Abb. 31 a).

b) *Der totale Narzißismus als die introjizierte Inflation* ist das abgespaltene Gegenstück zum Alltags-Ich. Dieses Ich-Stück erscheint in zwei Variationen.

Erstens als der sogenannte *Kulturmensch*, zweitens als der *Hochstapler* und *lügnerische Betrüger*. Die Rolle des Weichenstellers und Weichenwärters bei diesen zwei sozial entgegengesetzten Existenzformen mit dem gleichen Ich-Schicksal der Introinflation spielen die Sexual- und Affekttriebe. Der Kulturmensch «wählt» – kraft seiner moralisch-ethischen Einstellung – die Sozialisierung der Ansprüche auf Alles-Haben und Alles-Sein. Vom Aspekt der Ich- und Triebanalyse bezeichnen wir als Kulturmenschen die, welche ihre inflativen Ich-Ideale, nach Introjektion der Idee «Mensch», zugunsten des Kollektivums durch Menschenliebe und Hingabe zu verwirklichen vermögen. Ihre Häufigkeit in einer Durchschnittsbevölkerung ist sehr gering (Abb. 31 b1).

Bei der zweiten Variation des introinflativen Spaltstückes fehlt die ethisch-moralische Bremse. Es dominiert die sinnliche Personenliebe, die Aggression, insbesondere aber der totale Narzißismus. Diese Menschen werden eben dadurch a- und antisozial, weil sie ihre Ansprüche nach Alles-Sein und Alles-Haben für ihre eigene Person zu verwirklichen versuchen. Ihre Häufigkeit überragt die der Kulturmenschen. Sie figurieren klinisch oft unter den kriminellen Psychopathen mit Schwindlertum, Heuchelei, Lügenhaftigkeit, Betrugerei und Unterschlagung. Andere hingegen besitzen die Findigkeit, Schlaueit und Listigkeit, ihr Streben nach Alles-Sein und -Haben so geschickt zu verwirklichen, daß sie den Zusammenstoß mit den Gesetzen vermeiden (Abb. 31 b2).

Zum Begriff der zwei seelisch-gesunden Menschenkategorien gehört die merkwürdige Fähigkeit, aus zwei entgegengesetzten Trieb- oder Ich-Funktionen ein Amalgam zu machen. Der Alltagsmensch macht aus der Projektion und Negation dasjenige Ich-Amalgam, das wir schlechthin Anpassung nennen<sup>1</sup>. Der Kulturmensch ist fähig, aus der Inflation und Introjektion ein massives Ich-Amalgam zu entwickeln, welches dann als Idealismus, Kunst, Wissenschaft, kurz als Kultur, erscheint. Es gibt aber eine über der Legierung stehende, noch seltenere Fähigkeit des Menschen, mit der er alle vier Ich-Funktionen zusammenzuhalten und zu benützen vermag: die Integration.

Der integrierte Mensch besitzt also die Fähigkeit, die ganze, aus vier Funktionen bestehende Umlaufbahn des Ichs mit allen ihren Inhalten ohne jegliche Störung zu passieren und in keiner Station der Umlaufbahn für eine zu lange Weile oder sogar dauernd stehen zu bleiben. Die Häufigkeit dieser integrierten Menschen ist leider derzeit äußerst gering. Sie repräsentieren ja den homo futurus, wie wir hoffen.

<sup>1</sup> Vgl. hierzu die Arbeit: HARTMANN, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme. Klett, Stuttgart, 1960.



*Die Psychogenese* des Alltags- und Kulturmenschen wird häufiger auf Umweltfaktoren als auf Vererbung zurückgeführt. Es wäre sicher verfehlt, wenn man die gewichtige Rolle der Erziehung und Religion in der Negierung der Wunschprojektionen wie in der Verwirklichung der Kulturideale leugnen wollte. Die Erziehung im Rahmen einer Familie, einer Konfession und eines nationalen Staates schafft zweifellos einerseits durch die Verbote und Gebote die äußere Notwendigkeit des Verzichtens, also die der Negation der Projektionen, andererseits aber auch die Möglichkeit zur Realisierung der Ideale, also zur Introjektion der Inflation, welche schließlich die Annahme der familiären, kollektiven und nationalen Ideale bedeutet.

*Die genetische Ätiologie* darf man aber, trotz Anerkennung der Rolle der Erziehungsfaktoren in der Entstehung des Alltags- und des Kulturmenschen, dennoch nicht völlig ausschalten, wie dies gegenwärtig Mode ist. Diese Auffassung stützt sich auf folgende Tatsachen.

Erstens auf den Umstand, daß die Häufigkeit der zwei Menschenkategorien in der Bevölkerung und die Proportionen zwischen den Alltags- und Kulturmenschen – einschließlich der Begabten<sup>1</sup> – in allen sogenannten Kulturländern fast die gleiche ist. Zweitens können im Rahmen der gleichen Familie die Kinder – trotz der Gleichheit der erzieherischen und religiösen Faktoren – völlig verschieden sein. Aus dem einen Kind wird ein Alltagsmensch, aus dem anderen ein begabter Kulturträger. Das eine Kind wird religiös, das andere hingegen areligiös. Drittens zeigen die Stammbäume von Menschen, die zu der dritten Kategorie gehören und die den Drang nach Alles-Sein und Alles-Haben in asozialer Weise befriedigen, fast immer Familienmitglieder auf, die ebenfalls asoziale Draufgänger, Hochstapler, Betrüger waren. So konnte z. B. V. BAEYER (1935) die Rolle der Erbllichkeit beim abnormen Schwindlertum und bei der Lügnerie in Form von erblichen Teilkomponenten der Persönlichkeit nachweisen, Umweltsschäden hingegen nur bei einem kleinen Teil der psychopathischen Schwindler und Lügner<sup>2</sup>.

*Die klinischen Formen* der zwei normalen Menschenkategorien benötigen hier keine Erörterungen. Auch die krankhaften Variationen asozialer inflativer und introjektiver Psychopathen sind in allen psychiatrischen Büchern dargestellt. Hier soll nur eine empirische Ergänzung kurz erwähnt werden. Es gibt Menschen mit Neigung zu beiden Formen der Entfremdung, die daneben auch die dritte Spaltungsform von Introjektion der Inflationen aufweisen. Und zwar einmal in ihren Tagträumereien über abenteuerliche Unternehmungen oder betrügerische Phantasien, ein andermal in Form von schneidender Ironie und Karikieren. Die Neigung, die Welt und die Menschen mit sarkastischer Ironie zur Karikatur zu verzerrern, scheint eine dritte künstlerische Form der Entfremdung der Realität zu sein<sup>3</sup>.

Eine *Psychotherapie* kommt natürlich nur bei der asozialen Form der introjektiv-inflativen Spaltung in Frage. Zwei Heilpläne bieten sich theoretisch dem Therapeuten an. Entweder versucht er, durch Umdrehung der Spaltstücke den Alltagsmenschen an Stelle des inflativ-introjizierenden Hochstaplers zu stellen,

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, S. 124 ff., 132.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 343.

<sup>3</sup> Nach einer mündlichen Aussage meines psychiatrischen Mitarbeiters, M. GSCHWIND, Basel.

nachdem er in der analytischen Situation den Patienten mit der Genese seiner Ansprüche nach Alles-Sein und Alles-Haben konfrontiert und die Schäden in der ersten Partizipation aufgezeigt hat. Der zweite Heilweg, nämlich der der Integration der zwei Spaltstücke, birgt in sich noch größere Schwierigkeiten als der erste. Wir dürfen hier keine optimistischen Hoffnungen hegen. Erst wenn eine besondere Begabung, insbesondere in künstlerischer, kreativer Richtung vorhanden ist, könnte es – unter günstigen Umständen – gelingen, die Inhalte der Inflationen, des Großwerdens durch Werke in der Tat zu verwirklichen. Selten, aber dennoch wird im Gefängnis aus einem Kriminellen ein Maler, ein Bildhauer, ein Roman-dichter – ja sogar, wie dies der Fall L. WURMSERS zeigt<sup>1</sup>, ein Wissenschaftler. Es wäre für den Strafvollzug in der Zukunft wichtig, die Natur der Ich-Störungen und die Möglichkeiten der Umdrehungstherapie in den Gefängnissen bei den Häftlingen zu realisieren.

*Zusammenfassung der Anwendung der Ich-Analyse  
und der erweiterten Spaltungstheorie in der Lehre über die Ich-Störungen*

Rückblickend auf die Erörterungen über Wesen und Psychotherapie der Ich-Störungen kommen wir zu folgenden Konklusionen:

I. Im Gegensatz zu S. FREUD, der eine «Ich-Spaltung *im* Abwehrvorgang» annahm, sollte man u. E. die Abwehrlehre von der Spaltungslehre E. BLEULERS in bezug auf die Anwendungsgebiete streng trennen. Zum Verstehen der im Abwehrkampf erworbenen Ich-Veränderungen kann man die Abwehrlehre gut verwenden. Das Hauptanwendungsgebiet für die Spaltungslehre ist und bleibt hingegen der große Bereich der hereditären Ich-Störungen sowohl bei den schweren, erbten Neurosen wie auch bei den Präpsychosen und Psychosen.

II. Die heuristische Spaltungslehre E. BLEULERS (1911) hat sich insbesondere auf die Gruppe der Schizophrenien bezogen. Um aber das spezifische Wesen der mannigfaltigen Ich-Störungen auch bei den andersartigen psychischen Erkrankungen erfassen zu können, haben wir die ursprüngliche Spaltungslehre von E. BLEULER zu einer generellen Theorie aller hereditären Ich-Störungen durch acht verschiedene Spaltungsformen erweitert und den Spaltungsbegriff neu formuliert. Wir sagen:

*Ich-Spaltungen sind Ausfallserscheinungen bestimmter Elementarfunktionen aus der physiologischen Umlaufsbahn des Ichs.* Die Qualität der jeweils ausgefallenen elementaren Ich-Funktionen bestimmt die jeweilige Art der Ich-Störungen. Nach dieser Bestimmung werden also nicht seelische Komplexe primär «abgespalten», sondern bestimmte Elementarfunktionen des Ichs, und diesen primären Ausfallsprozessen zufolge isolieren sich sekundär gewisse Inhalte oder Komplexe.

III. *In Anwendung der Ergebnisse der experimentellen «Ich-Analyse» (1956) müssen wir vier Elementarfunktionen des Ichs annehmen, welche – unter gesunden Umständen – als Teilstrecken einer zusammenhängenden Umlaufsbahn im Ich-Leben funktionieren.* Jeder

<sup>1</sup> WURMSER, L.: Raubmörder und Räuber. Kriminalistik, Hamburg, 1959, Fall 22, S. 223.

Der Wucherermörder, Peter, schreibt im Gefängnis, auf Grund der Lektüre der einschlägigen kriminalpsychologischen Literatur, eine große Arbeit über «Entstehung und Prophylaxe von Verbrechen».

Triebanspruch, der aus dem Ubw zum Bewußtsein dringt, jede Wahrnehmungsvorstellung, die aus der Innen- und Außenwelt in die Psyche gelangt, muß nach dieser Annahme einer physiologisch festgelegten Marschroute folgen, welche die nachfolgenden Elementarfunktionen – quasi als Stationen – aufweist: 1. *Die Projektion*, d.h. die Hinausverlegung eines Anspruches oder einer Vorstellung in die Außenwelt. Sie erscheint als das Suchen nach einem adäquaten Objekt für die hinausverlegte Strebung oder Vorstellung. 2. *Die Inflation*, d.h. die Verdoppelung der Seinsmacht des Ichs durch «Mitreißen» der fremden Seinsmacht des äußeren Objektes und Rückerstattung an die eigene Macht. 3. *Die Introjektion*, also die Einverleibung der Seinsideale in das Ich und die Inbesitznahme der adäquaten Objekte durch die Habmacht. 4. *Die Negation*, d.h. die Verneinung eines Teils der einverleibten Habmacht, auf den man durch die Realitätsprüfung (S.FREUD) aktuell verzichten muß.

IV. Die Neuorientierung in dieser Spaltungslehre besteht nun in der Feststellung, daß der ich-gestörte Mensch mit seinen seelischen Inhalten nicht die ganze Umlaufsbahn des Ichs zu passieren vermag. Bestimmte psychische Inhalte bleiben auf irgendeiner Station, d.h. in dem Zustand irgendeiner Elementarfunktion stehen, können nicht weiterspediert werden, weil u.E. für diese Inhalte die weiteren Teilstrecken der Umlaufsbahn versperrt sind. So entstehen die speziellen projektiven, die speziellen inflativen, die besonderen introjektiven und die negierenden Ich-Störungen. Das heißt also: Je nachdem, wo die Umlaufsbahn stehen bleibt, werden alle anderen nachkommenden Inhalte auch projiziert (projektives Paranoid) oder alle im Sein verdoppelt (Größen-, Religionswahn, Erotomanie) oder alle durch das magische Denken in Besitz genommen (Introjektionswahn) oder aber alle verneint (Negativismus, katatone Schizophrenie). *Das Gemeinsame dieser vier Spaltungspsychosen besteht darin, daß stets nur eine einzige Elementarfunktion im klinischen Vordergrund agiert, die drei anderen hingegen abgespalten werden.* Neben diesen vier sogenannten unifunktionalen Spaltungsformen agnoszierten wir noch experimentell und klinisch weitere vier Formen, die durch Abspaltung von zwei, ja sogar nur von einer einzigen der vier Elementarfunktionen entstehen. Die so zustande gekommenen Spaltstücke wurden in ihren speziellen klinischen Manifestationen enträtselt. Von wo nimmt aber das Ich die Kraft, mit der es seine Inhalte durch die Umlaufsbahn spediert? Derzeit kann man nur hypothetisch darauf antworten. Erstens nehmen wir für die diastolischen und systolischen Funktionen *eine autonome Ich-Kraft, die Potestas*, an. Zweitens wäre es denkbar, daß die Urkraft des Ichs, die zur Partizipation drängt, auch die treibende Energie wäre, welche alle Inhalte, die als Störfaktor für die Partizipation empfunden werden, deshalb – so rasch als möglich – durch die Umlaufsbahn bis zur Negation treibt, damit das Ich in seinen Urzustand der Partizipation wieder zurückkehren könne. Drittens kann man bei hochentwickelten Personen auch daran denken, daß die sogenannte «Pontifex-Tätigkeit» des Ichs dafür sorgt, daß die Triebregungen und Vorstellungen durch die Umlaufsbahn bis zur Endstation der Negation, ohne stehen-zubleiben, passieren, um danach ohne Störung die Transzendenzfunktionen erleben zu können.

V. Das Wissen um die acht Spaltungsformen hilft dem Analytiker sowohl im Verstehen der klinischen Symptomatik wie auch in der Psychotherapie der Ich-Störungen. Bei mehreren Ich-Störungen spielen nicht nur die im Vordergrund

agierenden, sondern auch die abgespaltenen Elementarfunktionen eine gewichtige Rolle in der Entstehung des klinischen Bildes (so z. B. bei den verschiedenen Formen der Entfremdung). Die allgemeine These, nach der beide Spaltstücke sowohl in der Symptomatologie wie auch in der Psychotherapie zu beachten sind, hat sich gut bewährt.

VI. *Die klassische Psychoanalyse findet in der Behandlung der traumatisch erworbenen Ich-Veränderungen, die schicksalsanalytische Therapie hingegen bei der von hereditären Ich-Störungen ihr besonderes Arbeitsfeld.* Diese Zweiteilung des Arbeitsfeldes entspricht auch der Auffassung FREUDS, die er vor seinem Tode in der Arbeit «Die endliche und die unendliche Analyse» 1937 – quasi testamentarisch – hinterlassen hat.

VII. Die schicksalsanalytische Therapie mußte aus den erörterten Gründen neue, sogenannte «indirekte Heilwege» für die hereditären Ich-Störungen entwickeln. Die Zielsetzungen dieser Heilverfahren sind:

1. Das Wieder-in-Bewegung-Setzen der aus der Umlaufbahn ausgeschalteten Elementarfunktionen;
2. Die aktive Neubevölkerung der krankhaft funktionierenden Elementarfunktionen mit sozial annehmbareren Inhalten (so bei dem Zwang, den Entfremdungen).
3. Die schockartige oder allmähliche Umdrehung der Spaltstücke, falls das Gegenstück relativ erträglicher ist als das vordergründige (so: Arbeitszwang an Stelle des Paranoiden, Hemmung statt Autismus, Introjektionsneurose statt der Entfremdung, Paroxysmalität an Stelle des inflativen Größenwahns usf.).
4. Vertauschung der kranken Existenzform mit einer weniger störenden Nebenexistenz (z. B. Zwang statt Schizophrenie, oder Hypochondrie statt irgendeiner Psychose usf.).
5. Bei Jugendlichen sollen durch *adäquate Berufswahl* die abgespaltenen Elementarfunktionen so mit ihren nicht gelebten Triebgehalten in sozialisierter Form ausgelebt werden.

\*

## KLINIK UND PSYCHOTHERAPIE DER KONTAKTSTÖRUNGEN

### Kapitel XLI

## ALLGEMEINES ÜBER BEGRIFF UND STÖRUNGSARTEN DES KONTAKTES

### *I. Der Kontakttrieb*

Das Wort Kontakt (contactus) kommt bekanntlich vom Verb contingere, das im Sprachgebrauch folgende Bedeutung hat: 1. Etwas berühren, anrühren, fassen, ergreifen (siehe später: *Sich-Anklammern*). 2. Speisen berühren, kosten, genießen (*Oralität*). 3. Beflecken, verunreinigen, mit Schuld beladen (*Analität*). 4. Benachbart-, Nahesein, in Berührung stehen (*Sozialität*). 5. Ein Ziel erreichen, treffen, finden (*Karriere, Beruf*). 6. Glücken, eintreffen (*Erfolg, Mißerfolg, Glück und Unglück*)<sup>1</sup>.

Im Triebssystem der Schicksalsanalyse figuriert der Kontakttrieb mit folgenden vier Elementarfunktionen: 1. *Sich-Anklammern*, 2. *Sich-Abtrennen vom Objekt*, 3. *Beharren, Kleben am alten*, 4. *Suchen nach neuen Objekten, Sich-Verändern*. Die ersten zwei Funktionen beinhalten auch die primäre Oralität, die letzten zwei auch die Analität als die prägenitalen Triebtendenzen nach S. FREUD. Das Gegensatzpaar: Sich-Anklammern und Auf-Suche-Gehen wurde von IMRE HERMANN als Urinstinkt des höheren Lebewesens 1936 zum ersten Male in die Tiefenpsychologie eingeführt<sup>2</sup>. Als wir 1937 das *freudsche* Triebssystem als Grundlage unseres Testes wählten und erweiterten, figurierten neben den Sexual- und Ich-Trieben bereits die zwei neu konzipierten Triebe: der Paroxysmal- und der Kontakttrieb. Ursprünglich haben wir den Kontakttrieb mit seinen vier Elementarfunktionen in das erweiterte Triebssystem aufgenommen, um für die seelischen Vorgänge bei der manisch-depressiven Psychose den entsprechenden physiologischen *Sozialtrieb* der zwischenmenschlichen Kommunikation zu schaffen. Erst danach sind wir darauf aufmerksam geworden, daß zwei dieser vier Elementarfunktionen völlig dem Triebgegensatzpaar von I. HERMANN entsprechen, nämlich dem des Sich-Anklammerns und Auf-Suche-Gehens<sup>3</sup>. Nach dem generellen Aufbauplan aller Triebe auf der Basis von vier Elementarfunktionen figuriert aber in unserem Triebssystem

<sup>1</sup> GEORGES, K. E.: Lateinisch-deutsches Handwörterbuch. Hahnsche Verlagsbuchhandlung, Leipzig, 1861, Bd. I, S. 1027–1029.

<sup>2</sup> HERMANN, I.: Sich-Anklammern – Auf-Suche-Gehen. Int. Ztschr. f. Psa., 22, 1936.

<sup>3</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie, Bd. I, Triebanalyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1952, S. 417 ff. Siehe auch dort die Literatur über die Publikationen I. HERMANNs.

nicht das ursprüngliche, zweigliedrige Gegensatzpaar von I. HERMANN, sondern ein spezieller «*Kontakttrieb*» mit den erwähnten vier Elementarfunktionen. Es kann indessen nicht angezweifelt werden, daß das Verdienst für die große Pionierarbeit auf diesem Gebiet des Kontakt- oder Sozialtriebes dem ungarischen Forscher I. HERMANN gehört. Denn er betonte als erster, daß die Tendenz zum Sich-Anklammern nicht mit dem *freundschen* Erostrieb gleichzusetzen sei, sondern einen speziellen Urinstinkt der höheren Lebewesen darstelle.

Als eine nicht zufällige Koinzidenz betrachten wir die historische Tatsache, daß 1935 – unabhängig von I. HERMANN – der Lindauer Psychotherapeut, ERNST SPEER, eine «*Kontaktpsychologie*» herausgab<sup>1</sup>. Nach diesem Autor ist Kontaktfähigkeit das Vermögen, sich mit einem anderen Menschen zu verbinden und mit ihm verbunden zu bleiben. In der Kontaktpsychologie nach E. SPEER ist aber die Kontaktfähigkeit mit der Liebesfähigkeit gleichgesetzt<sup>2</sup>, obwohl sie nicht nur eine sexuelle Bedeutung trägt.

Es ist u. E. zu bedauern, daß E. SPEER die Fähigkeit zum Kontakt mit der zur Liebe gleichgesetzt hat. Denn: der Trieb des «*Eros*» und der des zwischenmenschlichen «*Kontaktes*» sind sowohl im Ursprung wie auch in ihren Erscheinungsbildern verschieden, wenn sie auch psychologisch miteinander eng verbunden sind. Wir hegen die Meinung, daß der Kontakttrieb die *conditio sine qua non* dessen ist, daß alle anderen Triebbedürfnisse überhaupt zu einem Objekt gelangen, an dem sie sich befriedigen können. Die *freundsche* Auffassung, nach der das Objekt nur ein «*Termin*» des Triebes sei, und im Begriff eines Triebes der Tatbestand bereits enthalten sei, daß er ein Objekt habe, ist für uns unwahrscheinlich. Um ein Objekt erotisch zu lieben oder es aggressiv zu behandeln, um ein Triebbedürfnis auf ein fremdes Objekt zu projizieren oder das verlorene Objekt dem Ich einzuverleiben, muß die Person vorerst ein Objekt suchen, eine Weile daran kleben, sich an es anklammern, danach sich abtrennen. Die vier Elementarfunktionen sind zwar Vorbedingungen aller Sexual- oder Ich-Vorgänge, fungieren dennoch aber auch als spezielle Funktionen eines besonderen Triebes, den wir eben den Kontakttrieb nennen. Es ist somit unrichtig, die Liebesfähigkeit und die Kontaktfähigkeit als synonyme Begriffe zu gebrauchen. Obwohl sie im Phänotypus häufig eng miteinander verwoben sind, sind sie dennoch ursprungsgemäß und historisch verschieden<sup>3</sup>. Das Bestreben E. SPEERS, die Kontaktpsychologie für die Psychotherapie nützlich zu machen, bleibt trotz seiner unzutreffenden Begriffsbestimmung wünschenswert.

Die Schicksalsanalyse nimmt an, daß – ähnlich wie im Ich-Leben – auch im Kontaktleben eine geregelte physiologische Umlaufbahn existiere, in der alle Verbindungen zu einem Objekt nach folgender Marschroute ablaufen. (Siehe Abb. 32).

1. *Suchen* eines Objektes, um das jeweilige Bedürfnis an ihm zu befriedigen; 2. *Kleben* an dem gefundenen Objekt; 3. sich daran anklammern, um es für sich zu sichern und 4. als Endstation jeglicher Objektbeziehung: Sich-Abtrennen. Da-

<sup>1</sup> SPEER, E.: Die Liebesfähigkeit (Kontaktpsychologie), J. F. Lehmann, München und Berlin, 1935.

<sup>2</sup> KIHN, B.: Die Kontaktpsychologie nach Ernst Speer, im Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, Bd. II, Spezielle Psychotherapie, I, S. 413 ff.

<sup>3</sup> Siehe Näheres: a) *Triebpathologie*, S. 415–424; b) *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*, II. Aufl., S. 41 ff., 182 ff., 185 ff.

1.	3.
<i>Suchen:</i> Depression Sucht Hysterie Homosexualität Ausreißen	<i>Sich-Anklammern:</i> Akzeptationsneurose Orale Süchte
2.	4.
<i>Kleben:</i> Inzestbindung Analität (Geiz) Angsthysterie Epilepsie Paranoid	<i>Sich-Abtrennen:</i> Hypomanie Manie Paranoid Poriomanie Haltlosigkeit Sucht

Abb. 32. Elementarfunktionen des Kontakttriebes

nach beginnt die Umlaufbahn des Kontakttriebes wieder, indem sich die Person auf die Suche nach einem neuen Objekt begibt.

## II. Die Physiologie und Pathologie des Kontakttriebes

gestaltet sich klinisch danach, in welcher Phase der Umlaufbahn die Objektverbindung auf eine längere Weile oder sogar dauernd stehen bleibt. Wir zählen zuerst die vier Möglichkeiten der Unifunktionen auf:

1. Die übertriebene, quantitativ überspannte *Suchtendenz* kann *a)* als Verstimmung, Depression nach einem realen oder vermeintlichen Objektverlust auftreten, *b)* oder aber in Form irgendeiner Suchtkrankheit. Die Person ist in der Phase des ewigen Suchens unfähig geworden, am alten Objekt zu haften. Insbesondere finden wir diese Art von Kontaktstörung bei Hysterie, Homosexualität, Melancholie und bei der Süchtigkeit. Oft zeigen diese Menschen auch die paroxysmale Neigung zum Ausreißen.

2. Das übertriebene, quantitativ abnorme *Kleben*, *Beharren* und *Sich-nicht-verändern-Können* im Kontaktleben ist *a)* ein Indiz für eine prolongierte Inzestbindung, *b)* eine krankhafte Analität im Sexualleben oder in Beziehung zu den Wertobjekten der Welt (Geiz), *c)* klinisch finden wir diese Kontaktstörung bei gehemmten Angsthysterikern, Epileptikern, bei hysteriformen Wahnbildungen, *d)* bei Paranoiden. Das Ich zeigt dementsprechend Hemmungs-, Zwangs- oder Projektionsstörungen oder Narzißmus.

3. Die nicht überspannte *Anklammerung* ist die normale Beziehung des Alltagsmenschen zwischen 20 und 60 Jahren zu den Objekten im Rahmen der Familie und Gesellschaft. Die überspannte Anklammerung dagegen ist typisch *a)* für die Akzeptationsneurotiker, *b)* für orale Süchte (Alkohol-, Medikamentensucht, Rede-, Eß- und Rauchsüchte). Diese Kontaktform geht mit folgenden Ich-Funktionen zusammen: Alltags-Ich, Annahme der Verlassenheit, Entfremdung oder Arbeitszwang.

4. *Die Abtrennung* vom Objekt, ohne daß die Person ein neues sucht, trägt fast immer – ja sogar schon beim Kleinkind – eine «*hypomanische*» Note. Sie ist das

Zeichen einer Vereinsamung, einer Verwahrlosung, oft auch einer Haltlosigkeit. Die hypomanische Kontaktform erscheint in der Abtrennungstendenz häufig mit Überdruck bei der Manie, beim Paranoid, bei der Poriomanie, ferner bei der haltlosen Psychopathie und der Sucht. Diese Kontaktlage wird meistens von folgenden Ich-Funktionen begleitet: Alles-Sein, Alles-Haben (Manie), Katastrophenahnung mit ängstlicher Integration, Vereinsamung und Zwang, als Wiederholungszwang bei den Süchtigen.

Neben diesen vier Kontaktarten mit Dominanz von nur einer der vier Elementarfunktionen treffen wir noch weitere sechs Kontaktarten an, in denen zwei Elementarfunktionen des Kontaktlebens überstark fungieren. Diese sind:

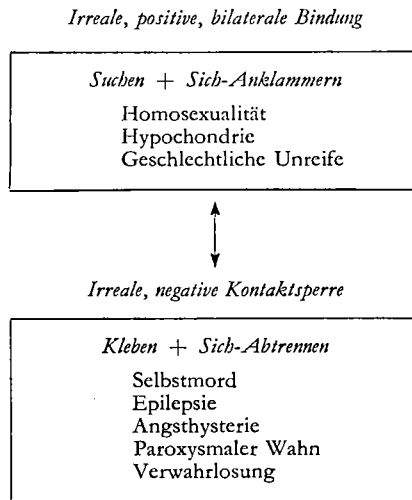


Abb. 33. Spaltung des Kontakttriebes in positive und negative irreal bilaterale Bindungen

5. *Die positive, irreal, bilaterale Bindung*, wobei die Person sich an das alte Objekt klammert und dabei doch auf die Suche nach einem neuen geht. So z.B. bei Homosexualität, Hypochondrie und geschlechtlicher Unreife. Die entsprechende Ich-Form ist das feminine F-Ego, die Inflation (Homosexualität), die Verdrängung oder Hemmung (bei Hypochondrie), die Desintegration (bei Paroxysmen).

6. *Die negative, irreal, bilaterale Kontaktsperre* mit der Paradoxie des synchronen Klebens am alten Objekt, von dem die Person bereits abgetrennt bzw. verlassen wurde. Es ist auch die Bindungsstörung derer, die sich nicht mehr binden wollen oder können und somit das Leben verneinen. Zusammen mit dem Ich der Verlassenheit, der Entfremdung oder Projektion ist sie ein Indiz für Selbstmordkandidaten. Außerdem stehen in dieser negativen Bindungsphase auch Epileptiker, Angsthysteriker, paroxysmale Wahnkranke, Verwahrloste. Ihr Ich ist nicht selten narzißtisch, sie wollen alles sein und alles haben und da dies mißglückt, verneinen sie das Dasein und sperren sich ab.



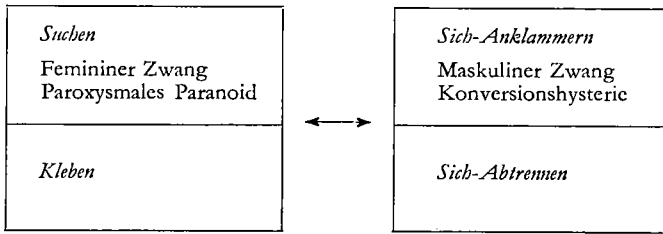


Abb. 34. Spaltung des Kontakttriebes in zwei zwanghafte Bindungsformen

7. *Zwanghafte Ambivalenz zwischen Suchen und Kleben.* So z. B. bei femininen Anankasten, Phobikern, paroxysmalen Paranoiden – mit Annahme der Verlassenheit oder Autismus.

8. *Zwanghafte Ambivalenz zwischen Sich-Anklammern und Sich-Abtrennen.* So z. B. bei maskulinen Anankasten und Konversionshysterikern. Die adäquate Ich-Form ist: das Zwangs-Ich, die Introjektion des verlorenen Objektes oder der Verlassenheit.

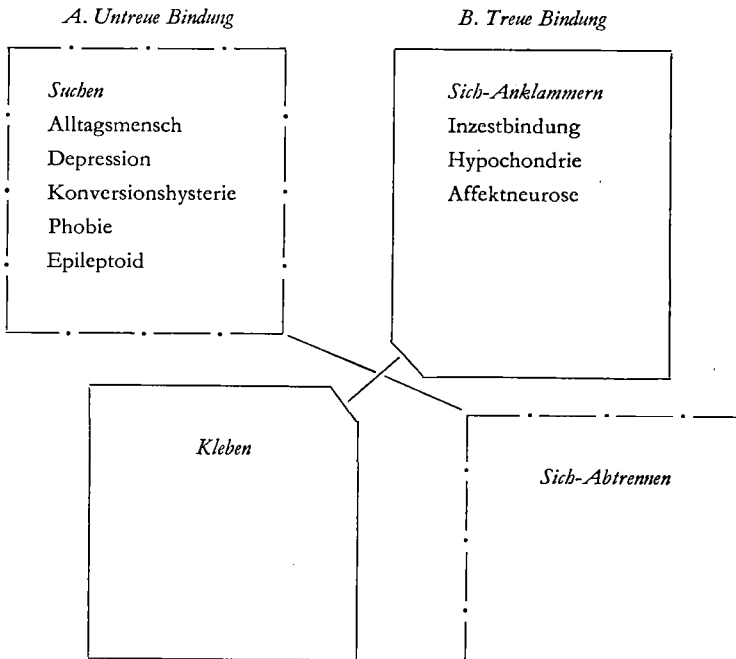


Abb. 35. Spaltung des Kontakttriebes in treue und untreue Bindung

9. *Die untreue Bindung* besteht aus Abtrennung und Auf-Suche-Gehen. Diese Bindungsart kommt teils bei Alltagsmenschen, teils bei depressiven, konversionshysterischen, phobischen, epileptoiden Neurotikern vor. Das Ich ist entweder autistischer (bei Depression), zwanghafter (bei Neurotikern), projektiver und paroxysmaler Natur (bei Epileptikern).

10. *Die treue Bindung* besteht kontaktpsychologisch aus Kleben und Sich-Anklammern am alten Objekt. Sie ist charakteristisch für alle Neurosen mit einer prolongierten Inzestbeziehung zu einem der Eltern oder Geschwister.

Besonders häufig erscheint diese Bindungsart bei Hypochondrie und paroxysmalen Krankheitsformen, zumeist mit Veränderung, mit Verlust des Ichs, oder mit Inflation.

In der Darstellung der möglichen Kontaktvariationen folgen noch vier, für welche die Zusammenarbeit von drei Elementarfunktionen des Kontakttriebes charakteristisch ist. Diese sind:

11. *Kontaktsperre mit Sich-Anklammern*, wobei die Inzestbindung durch die Ambivalenz in der Anklammerung zu einer zwangshaften, unglücklichen Bindung führt. So z. B. bei Paroxysmen (mit Ich-Verlust), bei Zwang (mit Verlassenheit), bei Wahnkranken (mit Besessenheit und Ambitendenz bzw. Verdoppelung), bei Katatonen (mit dem Destruktions-Ich).

12. *Kontaktsperre mit dem Drang, auf Suche zu gehen*, wobei die Ambivalenz im Suchen und Kleben, trotz Abgetrenntsein, die Bindung krankhaft gestaltet. So z. B. bei schweren Zwangsneurotikern (mit Überschuß der Introjektion), bei paroxysmalen Paranoiden (mit dem Ich der Katastrophenahnung oder des Ich-Verlustes), auch bei geschlechtlicher Unreife.

13. *Ambivalenz zwischen Sich-Anklammern und Abtrennen mit gleichzeitigem Drang zum Suchen*. So z. B. bei Melancholie (mit dem introjektiven oder introjektiven Ich); bei depressiven, paroxysmalen Affekterkrankungen (mit Ich-Verlust).

14. *Ambivalenz zwischen Suchen und Kleben mit gleichzeitigem Drang nach Sich-Anklammern*. So z. B. bei Hypochondrie (mit Entfremdungen im Ich); bei Dämmeranfällen (mit Ich-Verlust), bei Epileptikern oder Phobikern; auch bei Katatonen (mit Ich-Entfremdungen).

15. *Die integrierte Bindung* mit dem Dilemma: soll die Person treu bleiben oder untreu werden? Die Schwere dieser Bindungsweise besteht auch in der gleichzeitigen Problematik von bilateraler Bindung und völliger Absperrung. Selten aber dennoch erscheint diese Bindungsweise bei Zwangsneurose, Hysterie, Melancholie und paranoider Schizophrenie und geht mit Verlust des Ichs einher.

16. *Die Kontaktlosigkeit*, ein Zustand, bei dem alle vier Elementarfunktionen im Kontaktumlauf fehlen bzw. lahmgelegt wurden. Beim Schoßkind wäre diese Lage physiologisch, indem es durch die dualunionistische Verschmelzung mit der Mutter den Kontakttrieb nach außen nicht braucht. Bei Hysterie, Homosexualität, bei paroxysmalen, unreifen Kindern finden wir diese merkwürdige desintegrierte Kontaktlage meistens mit Katastrophenahnungen oder Introjektion der Weiblichkeit und Verlassenheit im Ich.

\*

Aus der vorangegangenen skizzenhaften Darstellung der mannigfaltigen Variationen des zwischenmenschlichen Kontaktes ist ersichtlich, daß ohne Heranziehung des Aspektes eines Kontakttriebes nicht nur die physiologische und klinische Psychologie, sondern auch jedwelche Psychotherapie sich einseitig gestalten muß. Der Fehler, den man auf diesem Gebiete stets begangen hat, entstand daraus, daß man die Grenzen zwischen den Phänomenen des Kontaktes und denen der Sexualität, der Affektivität und der Ich-Haftigkeit weder theoretisch

noch klinisch richtig gezogen hat. In der Erscheinung der zwischenmenschlichen Beziehung sind zwar Sexualität, Affektivität, partizipative Ich-Haftigkeit und Kontakt eng miteinander verwoben, die Wirkungen der vier Lebenssektoren müssen u.E. dennoch sowohl analytisch wie auch klinisch aus dem Gewebe diskret voneinander getrennt werden, um eine der Psychogenese und der genetischen Ätiologie entsprechende Psychotherapie aufbauen zu können.

*Eros* ist die Triebkraft, welche alles Lebende zueinander zieht und zusammenhält. Was also in jeglicher Verbindung zweier Wesen das Erotische ausmacht, trägt die Prägung der Liebe und Zärtlichkeit. Der Gegenpart von Eros, Thanatos, bewirkt die sadomasochistische Abart der Liebesbindungen.

*Affekte* sind die zarten und groben Gemütsbewegungen, welche die beglückenden oder mißglückten Erosbeziehungen – als Begleitmusik – mit Lust oder Unlust, mit Sehnsucht und Freude oder Zorn und Haß immerfort begleiten. Diese enormen Affektenergien werden durch den Paroxysmaltrieb bewegt, d.h. aufgestaut und entladen. Auf diesem Paroxysmaltrieb fußt die «ethisch-moralische Haltung» des Einzelnen gegenüber dem Nächsten.

*Ich-haft* ist die Partizipation, der Urdrang, mit dem Ich des anderen eins und gleich, verwandt und vereint zu sein.

*Kontakt* hingegen ist das Endprodukt des Dranges, für sich ein Objekt zu suchen, sich daran zu halten, es für sich allein zu sichern und sich am Ende dennoch von ihm trennen.

Im Lichte dieser Begriffsabgrenzung ist es somit falsch, die Kontaktfähigkeit mit der Liebesfähigkeit gleichzustellen; oder aber die Kontaktkrankheiten, insbesondere die depressiven und manischen Erscheinungen, «Affektpsychosen» zu nennen, oder die Partizipationsstörungen als Kontaktstörungen zu behandeln. Auf Grund dieser Trennung hat die Schicksalsanalyse bereits 1937 ein Triebssystem des Menschen mit vier Vektoren aufgebaut, in dem die Sektoren des Sexual-, Affekt-, Ich- und Kontaktlebens voneinander im Ursprung und Phänotypus isoliert wurden, ohne aber die Ganzheit des psychischen und somatischen Daseins aufzuheben. Der Vorteil für die Klinik und Psychotherapie dieser *viervektoriellen* Einzelbetrachtung und ganzheitlichen Zusammenschau ist – so hoffen wir – in diesem Lehrbuch der schicksalsanalytischen Therapie genau so hervorgetreten wie in der experimentellen Triebdiagnostik.

\*

Der Mensch wird nach der Geburt mit Gewalt vom Mutterleib abgeschnitten. Das neugeborene Wesen liegt eine Weile abgetrennt, vom Trauma der Geburt erschüttert, ver-einsamt und ver-einzelt in der Welt. In diesem erstmaligen Erleben des Alleinseins erwachen die mitgebrachten Kontakttriebe. Mit Mund und Hand sucht es den verlorenen Halt, der es in dieser fremden Welt hält und nährt (I. HERMANN). Es klammert sich an die Brust der Mutter an, nachdem es sie gesucht und gefunden hat. *Dieses Urmodell des Kontaktes wird in der Tiefenseele niemals ausgelöscht.* Was sich mit den Jahren wandelt, ist die Wandlung der Objekte und die Dominanz einer oder zweier der vier Kontaktfunktionen. Innere und äußere Bedingungen bestimmen, ob der Einzelne sich fortan zu einem Ewig-Suchenden, Ewig-Klebenden, Ewig-Anklammernden oder Ewig-Abgetrennten bzw. Sichselber-ewig-Abtrennenden oder zu einem treuen oder untreuen Mitmenschen ent-

wickelt. Das Schicksal des Kontakttriebes bedingt aber auch die *Sozialität*, den Anspruch, von der Gemeinschaft angenommen zu werden und auch sie selber anzunehmen, und – last not least – die jeweilige *Stimmung*, mit der der Mensch in dieser Welt verweilt. *Darum sind alle Kontaktstörungen gleichzeitig auch Sozial- und Arbeits-, insbesondere aber Stimmungsstörungen.*

Als die Psychosen des Kontakttriebes erachtet die Schicksalsanalyse die *Melancholie und die Manie*. Als ihre wichtigste Neurosenform: die *Akzeptationsneurose*. Als die besondere Kontaktpsychopathie: die *Arbeitsseuer, die Sucht und die Haltlosigkeit*. Kontaktstörungen sind demnach stets Störungen in der Beziehung zum Sein und Nichtsein, zum Leben und Tod. Daher die Beziehung der Kontaktstörungen zum Selbstmord.

### Kapitel XLII

## WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER DEPRESSIVEN UND MANISCHEN KONTAKTSTÖRUNGEN, ZYKLOPHRENIE

*Die Begriffsbestimmung* der depressiven und manischen Psychosen wirft eine Reihe von Fragen auf, die wir zu beantworten haben.

Die erste Frage lautet: Ist diese Psychose eine endogene Erkrankung – wie sie in der Schau der klassischen Psychiatrie erscheint – oder aber ein «tiefenpsychologisch analysierbares und psychotherapeutisch korrigierbares Arrangement» wie nach der Psychoanalyse?

Im Handbuch «Psychiatrie der Gegenwart» (1960) begründet der Referent aus Bonn, H. J. WEITBRECHT, die allübliche, alte Auffassung über die Endogenität der Depressiven und manischen Erkrankungen mit folgenden Argumenten<sup>1</sup>. Erstens ist die depressive und manische Psychose schon deshalb eine «Krankheit» und kein exogenes tiefenpsychologisches Arrangement, weil sie gegenüber allen inneren und äußeren Auslösefaktoren eine Stabilität aufweist, welche für die endogenen Krankheiten als charakteristisch gilt. Zweitens sind die spezifischen Auslösefaktoren heute noch fast unbekannt, sie sind zumeist von ubiquitärer Natur. Und wenn schon Umweltfaktoren in ihrer Entstehung eine Rolle spielen könnten, so nur bei Individuen, die die spezifische Erbanlage dieser Erkrankung in sich tragen (KOLLE). Drittens hegt H. J. WEITBRECHT die Vermutung, daß nur die Unbehaglichkeit der Annahme des Schicksalshaften im Einbruch einer endogenen Psychose motiviert, warum man zu allen Zeiten die Natur der «Endogenität» und der «Krankheit» durch «Psychologisierungstendenzen» zu vermeiden versuchte. Die entgegengesetzte Auffassung der Psychoanalyse werden wir im Abschnitt der Psychogenese erörtern.

---

<sup>1</sup> WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960, Bd. II, S. 73–118.

Die zweite Frage ist, ob es berechtigt ist, bei der depressiven und manischen Psychose vom Zustand des «Irreseins» zu sprechen, wie es ja die ältere Psychiatrie tat. Es gibt eine Gruppe von Psychiatern, die hier die Benennung «Irresein» deshalb fallen ließen, weil sie diesen Begriff für die Psychosen mit Demenz und die organischen Verirrungen reservieren möchten. H. J. WEITBRECHT schreibt dazu: «Es ist jedoch ein müßiger Streit um Worte, ob man die depressiven Wahnbildungen der Versündigung und des Verdammenseins, die Wahneinfälle nihilistischer Verarmung und Hypochondrie, nicht mit demselben Recht als ‚irr‘ bezeichnen kann wie den schizophrenen Wahnfall des Verfolgt- und Geliebtwerdens. Beides sind Verirrungen<sup>1</sup>.»

Im Abschnitt «Ich-Analyse» werden wir die Richtigkeit dieser Auffassung auf Grund von experimentellen Ich-Analysen bestärken.

Die dritte Frage, die noch zur Begriffsbestimmung dieser Psychose gehört, ist, ob es richtig sei, sie als eine «*affektive*» Psychose darzustellen, wie dies immer noch in den Schulbüchern steht. Diese Frage wurde bereits in der allgemeinen Einführung dieses Abschnitts X verneint. *Affekterkrankungen sind im Sinne unseres Triebsystems die Epilepsie und die Hysterie. Dagegen erachten wir die manisch-depressiven Erkrankungen als extrem schwere Kontaktstörungen, die man – höchstens – Stimmungs- und nicht Affektpsychosen nennen könnte.* Wir empfehlen die Benennung: *Kontaktpsychose*. Denn die Affekte fungieren im Seelenleben vor allem als Begleitmusik, als die Gemütsbewegungen der Sexualität. Dagegen sind die sogenannten «Stimmungen» die Begleiterscheinungen der geglückten oder mißglückten Kontaktbeziehungen zwischen dem Ich und dem Du, im weiteren Sinne zwischen der Person und der Welt. Darum sah sich E. KRETSCHMER 1921 veranlaßt, die «diathetische Skala» mit den Stimmungspolen für die ständig gehobene, ständig niedergeschlagene, bzw. die einmal gehobene und ein andermal niedergeschlagene Stimmung im Rahmen der pyknisch-zykliden Konstitution einzuführen<sup>2</sup>. Wir haben bereits 1923 die Meinung geäußert, daß die diathetische Skala ein generelles Gut aller Menschen – unabhängig von der Konstitution – sei<sup>3</sup>.

*Psychogenese.* Auf Grund der Psychoanalyse kann man den unbewußten seelischen Vorgang, der zum Krankheitsbild der Melancholie führt, in folgenden Schritten rekonstruieren<sup>4</sup>:

1. Die Person hatte sich in der Vergangenheit an ein Objekt libidinös gebunden.
2. Diese Objektbeziehung wurde durch den Einfluß einer realen Kränkung oder Enttäuschung erschüttert.
3. Auf diese Erschütterung reagiert aber der Melancholiker nicht normal. Eine gesunde Person zieht in einer ähnlichen Situation ihre Libido von dem betreffenden Objekt ab und sucht sich ein neues, welches ihr für die Unterbringung der Liebe eine größere Aussicht verspricht. Der Melancholiker reagiert aber auf die Enttäuschung krankhaft. Er zieht die Libido zwar von dem Objekt ab, verschiebt sie aber nicht auf ein neugewähltes, sondern zieht sie ins Ich zurück. Die ins Ich zurückgezogene, d. h. wieder narzißtisch gewordene Libido wird zu einer Identifizierung des

<sup>1</sup> Ebenda: S. 75.

<sup>2</sup> KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. Springer, Berlin, I. Aufl., 1921.

<sup>3</sup> SZONDI, L.: Schwachsinn und innere Sekretion. Abhandl. aus den Grenzgebieten der inneren Sekretion. Hg. L. Szondi, Novak-Kochler, Budapest und Leipzig, 1923, S. 33.

<sup>4</sup> FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Ges. Schr. Bd. V, S. 535 ff.

*Ichs mit dem aufgegebenen Objekt verwendet.* So wird auf diesem Wege aus dem Objektverlust ein Ich-Verlust, aus der Objektanklage eine Ich-Anklage, aus dem Konflikt der Person mit dem Objekt ein Konflikt zwischen Über-Ich (Ich-Kritik) und Ich, welches nun durch die Identifizierung mit dem verlorenen Objekt in der Person selber zum Träger der sich anklagenden Eigenschaft wird.

Das wäre der psychische Weg, den der Melancholiker bei der inneren Verarbeitung des unbewußten Verlustes zu gehen hat<sup>1</sup>.

4. Worin besteht aber die besondere seelische Disposition der Melancholiker, auf eine Kränkung so krankhaft zu reagieren? FREUD stützt sich auf eine treffende Bemerkung von O. RANK und nimmt an, daß Melancholiker schon vor ihrer Erkrankung eine Anlage zum Narzißmus besaßen. So erfolgte die Objektwahl schon auf einer narzißtischen Grundlage, und die Personen regredieren auf den Narzißmus, wenn sie mit dem entsprechend gewählten Liebesobjekt Schwierigkeiten erleben.

5. Die Identifizierung mit dem Liebesobjekt hat demnach bei der Melancholie einen narzißtischen Charakter. *Die narzißtische Identifizierung tritt an Stelle der Liebesbesetzung.* Die Folge davon ist, daß die Person – trotz dem Konflikt – die Liebesbeziehung zu dem geliebten Objekt nicht völlig aufgeben muß.

FREUD nennt *narzißtische Affektionen* jene Krankheiten, bei denen die Objektliebe durch Identifizierung ersetzt wird. In diesem Mechanismus entspricht die Identifizierung stets einer Regression von einer höheren Stufe der Objektwahl auf die des ursprünglichen Narzißmus. Zu den narzißtischen Affektionen rechnet FREUD 1. die Melancholie und 2. die Schizophrenie, bei der K. LANDAUER im Heilungsvorgang die narzißtische Identifizierung aufgedeckt hat<sup>2</sup>.

6. Wie kommt nun die Wendung gegen die eigene Person seelisch zustande? Der Melancholiker hat zwar unbewußt das Liebesobjekt aufgegeben; doch die Liebe zum Objekt bleibt unversehrt, betätigt sich aber als Haßliebe. Er klagt das Liebesobjekt an, beschimpft es, erniedrigt es. Seine Liebe zum Objekt verursacht – vermutlich wegen der ursprünglich narzißtischen Natur – von Anfang an einen *Ambivalenzkonflikt*. Diese Ambivalenz ist entweder konstitutionell gegeben oder die Folge der Drohung. *Da er sich aber mit dem Haßobjekt identifiziert hat, haßt er sich nun selbst*, klagt, beschimpft und erniedrigt sich selbst und wendet, eben durch die narzißtische Identifizierung mit diesem Haßobjekt, die Aggression und den Sadismus fortan gegen die eigene Person. Dieser gegen die eigene Person gerichtete Sadismus führt den Melancholiker zum Selbstmordgedanken. In der seelischen Wirklichkeit möchte er natürlich das Objekt, das er liebt und wegen der Drohung des Verlustes haßt, töten, wendet aber die Mordimpulse auf sich zurück; die narzißtische Regression hat zwar das Haß-Liebes-Objekt aufgehoben, aber das einverlebte Haßobjekt überwältigt nun das eigene Ich und will es töten.

7. Verarmungsangst und -wahnideen hängen mit der Analerotik oder dem Analsadismus, der sich nun gegen die Person wendet, eng zusammen. (Daher auch der Meteorismus bei der Melancholie.)

Das Krankheitsbild der Melancholie besteht demnach in der Auffassung der Psychoanalyse aus folgenden Bestandteilen:

<sup>1</sup> FENICHEL, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge & Kegan, London, 1946, S. 387 ff.

<sup>2</sup> Internat. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse, II, 1914 (zitiert nach FREUD).

1. aus Zügen einer Trauer; 2. aus Symptomen einer Regression auf die Stufe des Urnarzißmus; 3. aus Symptomen eines Ambivalenzkonflikts: Haßliebe; 4. aus Symptomen einer Regression auf die sadistische und anale Entwicklungsstufe.

Über die Tiefenpsychologie der *Manie* äußerte sich FREUD folgender Art:

1. Der Komplex, mit dem der Mensch in der Manie zu ringen hat, ist der nämliche wie in der Melancholie. Während aber in der Melancholie das Ich diesem Komplex erlegen ist, kann der Manische ihn bewältigen.

2. *Die Manie ist ein Triumph über das Über-Ich*, nur bleibt dem Ich eben *das* verdeckt und unbewußt, was es überwunden hat und worüber es triumphiert. Die Überwindung des Über-Ichs hat die Hemmungslosigkeit, den Bewegungs- und Tätigkeitsdrang und an erster Stelle die Euphorie und die Selbstüberschätzung zur Folge.

3. Das Ich muß also in der Manie den Objektverlust überwunden haben. Der Manische hat sich vom Objekt losgerissen, er ist frei<sup>1</sup>.

*Die Pathogenese* der manisch-depressiven Erkrankung haben wir 1952 bereits mitgeteilt<sup>2</sup>.

Auf Grund der *freudschen* Theorie und unserer experimentellen Triebforschung steht der seelische Vorgang, der zum manisch-depressiven Irresein führt, in folgenden Schritten vor uns:

1. Menschen, die zur manisch-depressiven Erkrankung disponiert sind, tragen *de genere* die Anlage in sich, auf Enttäuschungen *narzißtisch* und *autistisch* zu reagieren.

2. Auf Grund dieser narzißtisch-autistischen Ich-Anlage wählen sie auch ihre Liebesobjekte narzißtisch. Der gewählte Partner strebt genauso nach Allmacht über den anderen und ist genau so narzißtisch wie der Wählende selbst.

3. Diese unglückliche narzißtische Wahl verursacht die Bindungsschwierigkeit in der Ehe, in der Arbeit und überhaupt in allen sozialen Bezügen zur Welt. Es stellt sich ein schwerer *Ambivalenzkonflikt* ein.

4. Der Ambivalenzkonflikt macht aus der ohnedies nicht ganz bodenfesten Liebe zum Objekt allmählich eine Haßbindung. Die Person fängt an, Wut, Haß, Zorn und Rache gegen das ambivalent geliebte Objekt in sich aufzustauen, besonders weil *sie sich des Partners nicht völlig bemächtigen kann*. Sie möchte ihn nun am liebsten loswerden.

5. Wenn sich in diesem Moment aus irgendeinem äußeren Umstand der reale oder vermeintliche Verlust des Objektes in der Tat einstellt, reagiert die Person auf den Verlust – ihrer krankhaften narzißtischen Allmachts-Ich-Struktur entsprechend – krankhaft. Sie ist ständig auf der Suche nach einem neuen Objekt, kann es aber nicht finden, da sie nicht imstande ist, das alte zu verlassen.

6. Die krankhafte Ich-Reaktion auf den realen oder vermeintlichen Verlust besteht darin, daß *die Person sich das Haßobjekt einverleibt*. *Die Introjektion geschieht in einer Haßphase*. Die Introjektion des Haßobjektes bringt es mit sich, daß die Person fortan sich selbst haßt, erniedrigt, beschuldigt. Aus ihr, die bisher das Objekt angeklagt hat, wird nun ein sich stets beklagendes und anklagendes, selbstbeschuldigendes Individuum, aus der allosadistischen eine autosadistische Person, die

<sup>1</sup> FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Ges. Schr. Bd. V, S. 535 ff.

<sup>2</sup> Triebpathologie, Bd. I, S. 345–348.

nicht mehr das Objekt, sondern sich selbst zu zerstören sucht. *Diese Wendung gegen die eigene Person ist eben die Folge der krankhaften Identifizierung mit dem Haßobjekt.* So quält sich ein solcher Mensch monatelang fürchterlich, schmerzlich ab. Und nun stellt sich plötzlich eine Wendung ein.

7. *Die Manie beginnt seelisch mit einer Wendung in der Stellungnahme des Ichs. Der Manische entwertet das Haßobjekt, mit dem sich der Melancholiker völlig identifiziert hatte.* Aus der krankhaft gesteigerten ideal-aufbauenden, ikonoplastischen Ich-Funktion wird plötzlich eine genau so krankhafte idealzerstörende, *ikonoklastische Stellungnahme* des Ichs.

8. *In der Manie wird aber nicht nur das Haßobjekt als Ideal zerstört, sondern alle Besitzideale im Ich. Das Ich der Manischen kennt keinen Wert mehr.* Es hat keine Besitzideale mehr, die ihm bei der Auswahl der Wertobjekte der Welt als Modell und Vorbild dienen könnten. *Der Manische löst sich also von allen Wertbindungen der Welt ab* und hascht nach allem, was er eben vor sich hat. Er hat infolge der *Desimagination* den Wertmaßstab völlig verloren. So wird er haltlos.

9. Das wichtigste Ergebnis der Triebforschungen über das manisch-depressive Irresein ist demnach die Feststellung, daß *manisch-depressive Kranke nicht nur Stimmungsranke, sondern in der Identifizierung erkrankte, also ich-gestörte Personen sind. Diese Ich-Störung mit der Verstimmung ist das Kernsymptom im Krankheitsbild der Melancholie und der Manie.*

Die Ich-Störung in der melancholischen Phase besteht in einer krankhaften Form der Introjektion.

Erstens introjiziert die Person das Objekt in einer Phase, in der sie noch an ihm hängt (Ambivalenzbindung). Unsere Triebforschungen haben aber bewiesen, daß eine Introjektion sich nur dann in gesunder Weise auswirken kann, wenn die Einverleibung nach einer Abtrennung vom Objekt stattgefunden hat. *Jede Introjektion dagegen, die ohne Abtrennung oder zur Zeit einer Ambivalenzbindung durchgeführt wird, verursacht schwere seelische Symptome*<sup>1</sup>.

Die Introjektion in der Melancholie ist zweitens deswegen krankhaft, weil die Einverleibung nicht – wie beim Gesunden – in der Phase der Liebe, sondern in der des Hasses stattgefunden hat. Eben dieser Umstand – also die Identifizierung mit dem Haßobjekt – verursacht die Kleinheits-, Selbstbeschuldigungs- und Selbstzerstörungsideen in der Melancholie. Sie sind also keine «akzessorischen», sondern Wurzelsymptome.

Die Ich-Störung in der Manie besteht in der Entwertung aller Werte, also in der *Desimagination und Destruktion*. Während beim Gesunden die Idealbilder im Laufe der Entwicklung nur «reduziert» werden, geht der Manische weit über die gesunden Grenzen der Idealreduktion hinaus. Er hat den Drang, alle Besitzideale zu zerschlagen, alle Werte – die ideellen und die realen – völlig zu entwerten. Die Reduktion der Idealwerte entartet in der Manie zu einer völligen Destruktion der Wertwelt.

Eben diese krankhafte Lösung des Konfliktes in der Manie zwang uns, in der «Experimentellen Triebdiagnostik» den manischen seelischen Vorgang in folgender Weise zu beschreiben:

<sup>1</sup> a) Triebpathologie, 1952, S. 378;

b) Ich-Analyse, 1956, S. 199 ff.;

c) Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik, II. Aufl., 1960, S. 148.



Wir legen in der Entwicklung der Manie das Hauptgewicht auf das Bewußtwerden der Tatsache, daß das Weitersuchen des Objektes auf Grund eines speziellen Ideals vergeblich ist. Dadurch baut sich das Idealbild plötzlich unbewußt ab, und nach dieser Desimagination stellt sich, an Stelle der in der Depression gesteigerten Habidealfunktion, das Unvermögen zur Idealbildung ein. Damit beginnt die Negationsphase des Depressiven (U. MOSER)<sup>1</sup>, die dann in das Manische oder aber in das Depressiv-Katatone übergeht. Die Umwendung von Masochismus zum Sadismus in der Manie bedeutet aber nicht das Triumphieren über den Über-Ich-Tyrannen, sondern die verzweifelte Wut und Rache, den Haß und Zorn der Person – nicht gegen die eigene Person, sondern gegenüber der Welt, von der sie nun ewig abgetrennt ist. Einem Menschen, der sich dessen bewußt wird, daß er das gesuchte Objekt in dieser Welt *nie* finden kann, dem ist wirklich alles «wurst», der kann sich schon erlauben, die Wertobjekte der Welt mit einem solchen Maßstab zu messen, welchen nur die zum Tode bereiten Menschen gebrauchen. Warum soll er sich gegen sich selbst wenden, warum soll er sich selbst quälen, wenn er von dieser Welt nichts mehr zu erwarten hat? Ganz im Gegenteil: er staut Rache, Wut, Zorn, Aggression in sich auf, um all dies gegen seine Mitmenschen zu entladen. Seine Tragödie besteht darin, daß er sich schon in dem Grade von der Welt abgetrennt hat, daß er sogar zum Zweck der Aggressionsentladung kein Objekt mehr finden kann. Die Kontaktstörung erreicht somit ihren Höhepunkt.

Drei Momente, und zwar 1. das plötzliche Bewußtwerden des vergeblichen Weitersuchens, 2. die Unfähigkeit zur Idealbildung, 3. das plötzliche Aufhören, ein bestimmtes Objekt auf Grund eines Habidealbildes zu suchen, statt dessen rastloses Haschen, nutzloses Hinundhergreifen, sind jene seelischen Geschehnisse, welche die hypomanische Reaktion hervorrufen und charakterisieren. Vom lustvollen, hedonistischen Triumphieren ist in der Tiefenseele des Manischen nicht viel zu finden. Manische Menschen fühlen sich schon so todesnahe, daß sie die Lustquellen des irdischen Daseins nicht mehr schätzen können. Sie greifen zwar zu diesem oder jenem Objekt, aber völlig ideal- und gestaltlos, legen es auch sofort zur Seite, weil sie wissen, daß jedes für sie schon wertlos geworden ist. Ihre Heiterkeit ist keine Fröhlichkeit, sondern Euphorie. Sie sind die traurigsten Geschöpfe der Erde. Wer einmal tief in die Augen eines manischen Menschen hineingeschaut hat, der wird uns recht geben, wenn wir behaupten, das Manische mit dem Tode und nicht mit dem Leben verwandt sind.

Wie die Katatonie eine auf das Paranoide sich einstellende Reaktion des spontanen Heilungsvorganges der Seele darstellt, ist die Manie u.E. als ein mißlungener spontaner Heilungsprozeß der Melancholie aufzufassen. Wir nehmen an, daß die Person in dem Intermezzo zwischen Melancholie und Manie sich dessen plötzlich bewußt wird, was sie eigentlich krank gemacht hat. Die experimentelle Triebforschung gibt uns Anlaß zu dieser Annahme. Während der Melancholiker nie das experimentelle Zeichen der Bewußtmachung liefert, zeitigt der Manische vorübergehend doch Ich-Bilder mit dem Zeichen der Bewußtwerdung. Nur hilft dem Manischen dieses Bewußtmachen nicht viel. Erstens weil die bewußtgewordenen Strebungen wieder unbewußt gemacht werden. Zweitens weil der Mani-

<sup>1</sup> MOSER, U.: Validierung, Blinddiagnose und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiana II. Huber, Bern, 1955, S. 62.

sche, eben wegen der Überfunktion der Entwertung, alle Werte und Ideale in pathologischer Form zerstört. Das Kernsymptom in beiden Phasen der Erkrankung stammt von der unbewußten Überfunktion des stellungnehmenden Ichs, also von der Störung der Egosystole.

Zum Schluß sei noch dieses erwähnt: Die Frage, warum in bestimmten Fällen der Melancholie die manische Reaktion fehlen kann und warum die Manie auch ohne eine melancholische Phase sich plötzlich einzustellen vermag, müssen wir vorläufig offen lassen. Wir haben aber Grund, anzunehmen, daß auch in diesen Fällen die andere Phase vorhanden gewesen ist, nur so abgekürzt, daß sie klinisch nicht feststellbar war. Im Triebversuch sehen wir auch in den nicht reinen Fällen fast stets Ansätze der klinisch ausgefallenen Phase (siehe Abb. 8, Fall 10).

*Die Ergebnisse der Ich-Analyse* der zirkulären Kontaktstörungen wurden bereits im Rahmen der Pathogenese kurz erwähnt. Hier genügt somit die folgende Zusammenfassung.

a) In der Depression müssen wir *ich-analytisch* zwei Phasen unterscheiden.

*Die erste ist die introjektive Phase*, in der das mit Haß geliebte, verlorene Objekt und die projektiven Anklagen ihm gegenüber dem eigenen Ich einverleibt werden. Der Versündigungs-, Allschuld- und Selbstanklagewahn der Depressiven ist ich-analytisch u. E. ein klassischer *Introjektionswahn*, der sich ich-psychologisch von der introjektiven autistischen Schizophrenie kaum unterscheidet. Man kann diese introjektive Phase auch als die Initialphase der depressiven Ich-Störung auffassen. Leichtere Fälle bleiben hier stehen.

*Die zweite Phase wird die negativistische, katatoniforme Phase der chronischen oder langdauernden Depression genannt.* Die Person beginnt, alle Werte der Welt nihilistisch zu entwerten und Verarmungswahnideen, ja sogar Weltuntergangsgedanken, zu entwickeln. Bei der Erörterung der katatoniformen Ich-Störungen wurde schon erwähnt, daß nach P. SCHILDER die nihilistischen Weltuntergangsgedanken bei den Melancholikern mit der Analität, d. h. mit dem Umsatzprodukt der Nahrungsaufnahme, mit Kot und Verdauungsproduktion, zusammenhängen sollten, im Gegensatz zu den schizophrenen Weltuntergangsideen, bei denen die Welt in den Körper der Kranken hineingezogen und beide zusammen nihilistisch zerstört werden. Diese negativistische Phase der Melancholiker wurde an dem Material, welches MATUSSEK in München zusammengestellt hat, von U. MOSER (Zürich) testologisch festgestellt<sup>1</sup>. MOSER nennt dies «das postdepressive Syndrom». Häufig führt diese katatoniforme destruktive Phase in die

b) *Manie* hinüber. Hier kann man ich-analytisch ebenfalls eine erste Initialphase und eine zweite chronisch-manische Phase unterscheiden.

Die erste sogenannte *inflativ-destruktive Phase der Manie* ist neben der destruktiven Entwertung aller Werte der Welt eben durch die Inflation, durch die ego-diastolischen Größenideen, gekennzeichnet. Nur die parallel laufenden Entwertungsgedanken und -handlungen, d. h. die Negation, unterscheiden diese inflativ-manischen Kranken von den Inflativ-Paranoiden.

*Die zweite Phase ist die destruktiv-projektive*, in der die manisch Kranken, an Stelle der Größenideen, bereits destruktiv-projektive Wahngedanken entwickeln

---

<sup>1</sup> MOSER, U.: Validierung, Blinddiagnose und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955, S. 62.

und die Welt und sich selber, unter Beschuldigung der Umwelt, in Scherben zu schlagen drohen. In dieser Phase werden sie bis zur Tobsucht unruhig. Oft ist es sehr schwer zu sagen, ob die Stimmungsanomalien der Zyklophrenen die Folgen der Ich-Störungen sind oder umgekehrt. Wir halten uns hier an die Auffassung der klassischen Psychiatrie, die das manisch-depressive Irresein von der Schizophrenie trennt.

Die genetische Ätiologie der manisch-depressiven Erkrankungsgruppe (MDI) wurde von mehreren Autoren bearbeitet. Hier bringen wir die Endergebnisse nach O. v. VERSCHUER von 1959.

Die Tab. 20 gibt Aufschluß über die Ergebnisse der Zwillingsforschungen und der Erwartung des manisch-depressiven Irreseins für die Paarlinge von zyklophrenen Zwillingsprobanden<sup>1</sup>.

Tab. 20. Ergebnisse der Zwillingsforschungen bei MDI

Autor	Jahr der Veröffentlichung	Anzahl der Paare		Konkordanz in %	
		zweieiig	eineiig	bei den Zweieiigen	bei den Eineiigen
LUXENBURGER	1930	13	4	0,0	75,0
ROSANOFF	1934	67	23	16,4	69,6
SLATER	1951	30	6	23,3	66,7
KALLMANN	1952	55	27	23,6	92,6

Etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Eineiigen weisen somit eine Konkordanz auf.

Die Familienforschungen bei H. LUXENBURGER<sup>2</sup> bestätigen die Ergebnisse der Zwillingsforschungen.

Tab. 21. Ergebnisse der Familienforschungen bei MDI nach H. LUXENBURGER

Verwandtschaftsgrad zu den Zyklophrenie-Probanden	Erkrankungswahrscheinlichkeit für Zyklophrene %	Häufigkeit zykloider Psychopathen %
Kinder	24,4	13,4
Geschwister	12,7	2,7
Vettern und Basen	2,5	1,0
Neffen und Nichten	3,4	2,3
Durchschnittsbevölkerung	0,4	0,8

Der schwedische Autor STEENSTAEDT fand 1952 eine Erkrankungswahrscheinlichkeit für die Geschwister, Eltern und Kinder bei 216 zyklophrenen Probanden:  $11,7 \pm 1,5\%$ . Derselbe Autor konnte eine direkte Übertragung bei 30 Familien in zwei aufeinanderfolgenden Generationen, einmal sogar durch drei Generationen hindurch, aufzeigen. Nach G. ELSÄSSER erkrankten die Kinder von 20 Eltern,

<sup>1</sup> v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen, S. 341.

<sup>2</sup> Ebenda: S. 340.

die beide manisch-depressiv (MDI) waren (MDI  $\times$  MDI) zu 9,5. Die Kinder von MDI  $\times$  Schizophrenie waren von 19 Elternpaaren  $6\frac{3}{2}$  schizophren und  $6\frac{2}{2}$  manisch-depressiv<sup>1</sup>.

Als *somato-reaktive Auslösefaktoren* einer endogenen Zyklophrenie werden bei Frauen Generationsvorgänge (Menstruationsstörungen, Aborte, Wochenbett, Klimax) erwähnt. Somatische Noxen fand KIELHOLZ in der Friedmatt (Basel) bei 232 MDI zu 5%, H. I. WEITBRECHT in Bonn in 3% von 139 Fällen. Die Häufigkeit von somato-reaktiven Auslösungen bei MDI wird von H.-H. MEYER (Heidelberg) bei Männern (n = 237) zu 4,18%, bei Frauen (n = 713) zu 7,1% bestimmt<sup>2</sup>.

Die *psycho-reaktiven Auslösefaktoren* beim MDI fand KIELHOLZ in 19%, H. J. WEITBRECHT – ähnlich wie KINKELIN – in 13%. Seelische Erschütterungen sollen nach KORNHUBER das MDI nicht häufiger (7,3%) in Gang setzen als somatische Erkrankungen bzw. Generationsvorgänge bei der Frau (7,1%). Nach demselben Autor soll die erste Phase der Erkrankung häufig psychisch-reaktiv ausgelöst werden. Wie so oft, äußert sich K. SCHNEIDER auch hier sehr skeptisch in bezug auf die Rolle der psychischen Erlebnisse beim Zustandekommen einer endogenen Psychose. Nach ihm läßt sich der Sinn einer endogenen Psychose aus der Biographie der Person nicht so leicht verstehen wie bei den abnormen Erlebnisreaktionen von Neurotikern<sup>3</sup>.

*Klinische Formen:* Hier muß betont werden, daß erstens die Depression meistens der Manie vorangeht, und somit der Ausdruck MDI chronologisch DMI heißen sollte; zweitens daß die Manie häufig nicht auf die Depression folgt.

1. *Die endogene zyklotyme Depression* wird durch die primären Schuldgefühle und das Strafbedürfnis, ferner durch die «vitale Traurigkeit» (K. SCHNEIDER) im Gegensatz zu anderen, nicht spezifisch-zyklotyphen Verstimmungen, charakterisiert. Hingegen ist die fast obligate Hypochondrie für die Schizophrenie fast so typisch wie für die endogene Depression. Auch die Verarmungsangst scheint für die endogene Depression nicht spezifisch zu sein. Sie kann bei involutiver, arteriosklerotischer und seniler Veränderung ebenso häufig auftreten (H. J. WEITBRECHT). Nach unseren Erfahrungen ist die Differentialdiagnose der endogenen Depression in der Phase der Introprojektion bzw. der Introjektion von der Schizophrenie, infolge des gleichen autistischen Ich-Bildes, äußerst schwierig. In der negativistischen, nihilistisch-destruktiven späteren Periode ist die Trennung von einer katonen Schizophrenie oft fast unmöglich. Die Benennung Schizo-Melancholie hilft uns nur in der Etikettierung, nicht aber bezüglich der Genese. Mit Recht haben H. KRANZ und K. SCHNEIDER behauptet, daß manche Melancholiker «autistischer» sein können als viele Schizophrene<sup>4</sup>. Die reaktiven Depressionen sind biographisch durch besondere, traumatisch wirkende Erlebnisse (Objektverlust) leichter von den endogenen Formen zu unterscheiden. Das traumatische Erlebnis bedingt meistens auch die Inhalte der Depressiven.

2. *Die Manie* in der inflativen Phase ist oft schwer von einer inflativen Schizophrenie oder einer beginnenden Paralysis progressiva zu unterscheiden. Die Hei-

---

<sup>1</sup> ELSÄSSER, G.: Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare. G. Thieme, Stuttgart, 1952, S. 321, Tab. 14. (Fragliche Psychosen mit  $\frac{1}{2}$  bezeichnet.)

<sup>2</sup> Zitiert nach H. J. WEITBRECHT, S. 76.

<sup>3</sup> Zitiert nach H. J. WEITBRECHT, S. 76.

<sup>4</sup> Zitiert nach H. J. WEITBRECHT, S. 77.

terkeit, die enthemmte Assoziationsweise, die Größenideen helfen uns wenig. Die Benennung «Schizomanie» ist gar oft nur eine Verlegenheitsdiagnose.

Trotz der massiven Widerstände betonen wir – nach 25jähriger Erfahrung – die außerordentliche Hilfe, die uns der Trieb- und Ich-Test auf dem Gebiete der Differentialdiagnose und der Krankheitsstrukturanalysen zu leisten vermag. Reaktive, psychogene Manien sind seltener als reaktive Depressionen. Überhaupt scheint das Manische eher umweltsunabhängiger zu sein als das Depressive.

### *Die Psychotherapie*

A. In der *Psychiatrie* ist die Psychotherapie der depressiven und manischen Erkrankungen scharf umstritten. Und zwar deshalb, weil man die Meinung hegt, daß die Endogenität einer seelischen Erkrankung ihr tiefenpsychologisches Verstehen eo ipso ausschließt. H. J. WEITBRECHT schreibt: «Für den Morbus-Charakter oder besser: gegen den Neurosencharakter der manisch-depressiven Psychosen spricht auch die Tatsache ihrer psychotherapeutischen Unbeeinflussbarkeit. Viel mehr als unermüdlich wiederholter Trost, als Unterstützung beim Durchhalten in der Tiefe der Phase und beim Überwinden von Residuen in der abklingenden Depression ist hier nicht möglich und weder das Auftreten späterer Phasen noch das Umschlagen einer Depression in eine Manie oder umgekehrt ist psychotherapeutisch zu verhindern<sup>1</sup>.» Zu derselben Auffassung gelangt 1960 R. KRAEMER<sup>2</sup>, wie auch H.-H. MEYER<sup>3</sup>.

B. Mit dieser psychiatrischen Stellungnahme wurde eigentlich die alte *freudsche* Auffassung über die Unmöglichkeit einer Psychotherapie bei den narzißtischen Affektionen bekräftigt. Seit aber H. S. SULLIVAN sich 1925 in den USA gegen diesen *freudschen* Pessimismus aufgelehnt hat, haben einige Psychoanalytiker (SCHILDER, RADÓ, JELGERSMA, NEYMANN, RINTZ und noch vor allem ABRAHAM) das «Unmögliche» versucht.

Die wichtigsten Erfahrungen auf diesem Gebiete verdanken wir aber P. FEDERN<sup>4</sup>, der ja bereits im ersten Dezennium des Jahrhunderts mit Psychotherapie begonnen hat. Er faßt die Bedingungen der psychoanalytischen Behandlung bei den narzißtischen Affektionen (Melancholie und Schizophrenie) in folgenden drei Punkten zusammen:

1. Herstellung einer positiven Übertragung. Die Behandlung sei aber zu unterbrechen, wenn die Übertragung negativ wird. (Hier sollte man u.E. eher von *Partizipation* denn von Übertragung reden.) 2. Beschaffung des weiblichen Helfers («*Nursetherapie*»), der auch in dem postpsychotischen Stadium die Überwachung ausübt. 3. Natürliche Erledigung des sexuellen Problems, d.h. nach dem Autor, daß der Kranke auch während der Krankheit einen mäßigen Geschlechtsverkehr ausüben sollte.

<sup>1</sup> Zitierte Arbeit, S. 76.

<sup>2</sup> KRAEMER, R.: Psychotherapie bei endogenen Depressionen. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. IV, S. 418–420.

<sup>3</sup> MEYER, H.-H.: Die Therapie der manisch-depressiven Erkrankungen. Psychiatrie der Gegenwart. Springer, 1959, Bd. II, S. 137–138.

<sup>4</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 109–112.

Über die Behandlung der leichteren depressiven Fälle äußert FEDERN die erstaunliche unorthodoxe Auffassung, daß der Erfolg bei ihnen eher zu erwarten ist, «wenn mit *Pseudopschoanalyse* behandelt wird, welche die strengen *freudschen* Regeln aufgegeben hat und mit STEKEL, ADLER, RANK oder HORNEY Kompromisse schließt»<sup>1</sup>. Da viele psychopathisch oder degenerativ genannte «Persönlichkeitsneurosen» eine Mischung aus verschiedenen Neurosen schizoider oder depressiver Disposition und Psychosen sind, ist der Erfolg solcher wissenschaftlich schlechter Methoden praktisch gut und manchmal sogar besser als die Reaktion auf die echte *freudsche* Psychoanalyse . . . Für schwere Fälle eignen sich weder die echte *freudsche* Technik, die er für neurotische Erkrankungen ausbildete, noch die obenerwähnten pseudoanalytischen Maßnahmen. Mit theoretisch gerechtfertigten Abänderungen der Technik haben viele von uns gute Erfolge erzielt.

C. *Die schicksalsanalytische Therapie* ist – wie wir bereits betonten – eine der im Sinne FREUDS legitimen Abänderungen der klassischen psychoanalytischen Technik. Im Prinzip steht sie zwischen der klassischen Psychiatrie und der klassischen Psychoanalyse. Ihre Überbrückungstendenz wird sowohl durch die Annahme der Endogenität wie durch analytisches Verstehen der Prozesse realisiert. Die erwähnte Auffassung vieler klassischer Psychiater, daß nämlich die Endogenität die Anwendung tiefenpsychologischer Aspekte ausschließen sollte, wurde von der Schicksalstherapie praktisch widerlegt. Die schicksalsanalytische Therapie fußt eben auf dem Prinzip der Komplementarität von Genetik (Endogenität) und Tiefenpsychologie. Sie hegt die Auffassung, daß die tiefenseelischen Prozesse sich in dem «genotypisch» bedingten familiären Ubw abspielen und der genetische Ursprung die Möglichkeit einer tiefenpsychologischen Analyse krankhafter Prozesse keineswegs ausschließt. Erbprozesse im familiären Ubw können ja durch Ahnenträume bewußt werden. Man muß nur – wie wir es auch tun – die analytische Technik an die hereditären Ich- und Kontaktstörungen richtig anpassen bzw. umändern, ohne aber die *freudschen* Prinzipien aufzugeben<sup>2</sup>.

I. Die traumatischen, psycho-reaktiven Depressionen kann man 1. durch eine klassische *freudsche* Analyse oder 2. durch eine *schicksalsanalytische Psychagogik*<sup>3</sup> behandeln. Beide Methoden können zur Heilung führen (siehe die Fälle 53, 54, 55).

1. Der längere psychoanalytische Weg soll in den Fällen angewendet werden, bei denen – in der Geschichte der Kranken – noch vor der Depression – auch andersartige neurotische Symptome (Phobie, Angsthysterie, leichtere Zwangsimpulse) aufzufinden sind.

2. *Die schicksalsanalytische Psychagogik* soll unter folgenden Umständen durchgeführt werden: a) Bei akutem Verlust des Liebes- oder Haßobjektes durch Tod oder plötzliche Untreue. b) In den Fällen, bei denen aus sozialen Umständen eine rasche Herstellung der Arbeitsfähigkeit von existenzieller Bedeutung ist. c) Bei akuten Depressionen, bei denen zwar die psycho-reaktive Natur der Erkrankung ausschlaggebend ist, der Familienstammbaum aber mehrere psychotisch erkrankte, manisch-depressive Mitglieder aufzeigt. Hier ist die Psychagogik darum

<sup>1</sup> Ebenda: S. 111–112.

<sup>2</sup> Siehe Kapitel III.

<sup>3</sup> WAGNER-SIMON, TH.: Psychagogik bei Eheschwierigkeiten. Schicksalspsychologische Erhellung einer genotropen Menschenkonglomeration Szondiana V. Huber, Bern und Stuttgart, 1963, S. 281–313.

der Psychoanalyse vorzuziehen, weil man der latenten Psychose durch die Psychagogik wahrscheinlicher vorbeugen kann als mit der klassischen *freudschen* Technik (P. FEDERN). Die schicksalsanalytische Psychagogik muß aber zwei Bedingungen erfüllen. Erstens muß sie testologisch die Umlaufbahn sowohl im Kontakt- wie auch im Ich-Leben genau prüfen und feststellen, in welcher Elementarfunktion des Kontakt- und Ich-Triebes der Kranke sich zu Beginn der Behandlung befindet. Die Auswahl der adäquaten Methoden hängt davon ab, ob der Kranke in der Kontaktphase des Ewigen-Klebens oder -Suchens oder der angstbeladenen Anklammerungsphase steht, und ob er im Ich-Leben in der Introjektions- oder der autistischen introprojektiven oder schon in der destruktiven Phase steckt. Zweitens muß der Psychagoge die speziell für die akuten Depressionen ausgearbeiteten schicksalstherapeutischen Methoden beherrschen und unter ihnen die dem speziellen Zustand der Kranken entsprechende auswählen. Wir führen hier einige in der Praxis am besten bewährte Verfahrensarten kurz an, betonen dabei aber, daß auch andere Arten mit Erfolg anwendbar sind. So insbesondere «*das appellative Verfahren*» von A. MAEDER<sup>1</sup>.

### 1. Das Verfahren der Desimagination

fußt auf der bewußten und kontrollierten Nachahmung derjenigen Prozesse, durch welche die Manie spontan die Depression zum Verschwinden bringt. Diese Vorgänge sind: Erstens die Bewußtwerdung der Vergeblichkeit, das geliebte (und gehaßte) Objekt, das ja einmalig war, in der Welt zu suchen und wieder zu finden. Zweitens die *Desimagination des alten Objektes*. In der Therapie sollen uns diese beiden Vorgänge als Leitmotive führen, wir müssen aber in der Behandlung vermeiden, daß der Depressive den Desiminationsprozeß vergeneralisiert. Der Therapeut muß also darauf achtgeben, daß die Entwertung aller Idealwerte im Haben nicht generell vollstreckt wird wie in der Manie. Der Patient soll also unter Führung des Therapeuten ausschließlich nur das aktuelle Bild des akut verlorenen Einzelobjektes desimaginieren. Alle anderen Wertideale hingegen sollen eher verstärkt als abgeschwächt werden. Oft müssen neue Introjektionen gefördert werden. Der Psychagoge muß demnach Sorge tragen, daß der Patient sich nicht von der Welt der Wertobjekte vollständig ablöst. Dadurch beugt er bereits dem Umschlagen in die Manie vor. Andererseits soll er ihm Mut geben, sich ein anderes Objekt auf Grund eines besseren Vorbildes zu suchen. Um das tun zu können, muß der Psychagoge nicht nur das versagte Idol desimaginieren lassen, sondern an Stelle dessen ein neues Idealbild stellen. Der Fall 53 soll zeigen, wie man diese doppelte Aufgabe in der Praxis erfolgreich durchzuführen vermag.

*Fall 53. Schicksalsanalytische Psychagogik bei einer depressiven Frau.* Die 28jährige Frau eines Kaufmannes fiel im zweiten Jahr ihrer Ehe in eine schwere Depression. Diese war schon deshalb unerwartet, da sie nach einer langen Periode der Verarmung und Not durch den Krieg eben zu jener Zeit ihr großes väterliches Erbe gerichtlich zurückerhielt. Sie heiratete – gegen den Willen der verwitweten Mut-

<sup>1</sup> MAEDER, A.: Psychosynthese-Psychagogik, im «Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie». Bd. III, S. 391–412. Ferner: Studien über Kurztherapie. Klett, 1963.

ter. Die psycho-reaktive Auslösung der Depression wurde im folgenden aufgedeckt:

1. *Das Verfahren der Desimagination.* Die Patientin lebte vor der Ehe mit der narzißtischen, habmachtsüchtigen, aggressiven, leicht paranoiden Mutter zusammen. Diese «entartete Mutter» tyrannisierte die Patientin tagein, tagaus, erniedrigte und klagte sie sogar an, sie, die Patientin, trage die Schuld an dem plötzlichen Tode des Vaters. Diese Hölle einer sadomasochistischen Mutter-Tochter-Bindung wurde schon in der Kindheit erschlossen. Nach dem Tode einer jüngeren Schwester, die an einer Operation starb, wollte die Mutter die zurückgebliebene ältere Tochter zuerst überhaupt nicht sehen. Später klagte sie das Kind an, daß es am Leben geblieben war, die Schwester hingegen, die ihr mehr Wert bedeutete, sterben mußte. Sie zwang das kaum schuljährige Kind, täglich mit ihr zum Grab der Schwester zu pilgern und ihr Hadern mit Gott mitanzuhören. Die ersten Depressionen – reaktiver Natur – fallen bereits in diese Periode ihrer Kindheit. Mit den Jahren entwickelte die Patientin nur den einen Wunsch, von der Mutter so restlos angenommen zu werden wie einst die verstorbene Schwester. Sie rivalisierte mit der toten Schwester. Als Kriegsvertriebene führten sie nach dem Krieg während mehrerer Jahre eine miserable Notexistenz. Unsere Patientin, die bis zum Kriege in einer vornehmen Umgebung gelebt hatte, arbeitete als Hilfsarbeiterin in Fabriken und erhielt mit ihrem Lohn die Mutter. Sie hoffte, auf diese Weise ihre Liebe und Annahme zu erwerben. Statt dessen ertete sie nur Beschimpfungen, Erniedrigungen und Anklagen. Sie dachte oft an Selbstmord. Die Liebe eines Mannes war ihre Rettung. Trotz aller Widerstände schloß sie diese Ehe, um von der Mutter freizuwerden. Es kam anders. Als die Familie das Erbe des Vaters zurückerhielt und das junge Ehepaar sich in einem eigenen Haus einrichtete, mietete die Mutter vis-à-vis davon eine Wohnung und beobachtete das Paar von ihrem Fenster aus ständig. In diesem akuten Zustand der Verzweiflung, der Ambivalenz der Mutter gegenüber, die sie haßte und doch nach ihrer Annahme lechzte, suchte mich die tief depressive Patientin auf.

Die Behandlung begann zuerst mit der psychoanalytischen Technik. Nach Versandung der Träume und Einfälle entschloß ich mich zu einer aktiven Psychagogik. In dieser aktiven Phase zerstörte ich das halbintrojizierte Bild der Mutter, das sie seit früher Kindheit in sich trug. Ich stellte fest: 1. daß ihre Mutter eine machtsüchtige Egoistin ist, die nur ihrer Habsucht frönt und zur Liebe jeglicher Art – auch zu ihrem Manne – unfähig war und ist; 2. daß diese «entartete» Mutter die Patientin wie ein grausamer Herr seinen Hund an der Kette des Sadomasochismus gebunden hält und 3. ihre einzige Lust darin bestehe, die Tochter so lange zu quälen, bis sie ihr widerstandslos pariere. Eine solche Mutter ist entweder krank oder trägt einen grausamen, bösen Charakter. Sie muß dies endlich einmal einsehen, die sadomasochistische Kette mit Gewalt zerreißen, das falsche Mutterbild zerstören und vom Bild und Schatten der Mutter freiwerden. Dazu muß sie sich auf ein Jahr von der Mutter absolut trennen; sie überhaupt nicht sehen, jegliche schriftliche und telephonische Verbindung mit ihr abbrechen. Während dieser Zeit sorgte ich dafür, daß auch die Mutter zu einer älteren Psychagogin ging, die ich im Sinne meines Desiminationsprogrammes instruierte. Wie geplant, so führte es auch die Patientin aus. Die Depressionen verschwanden, und mutig begann sie, nach ihren eigenen Plänen ein neues Landhaus zu bauen. Um die Ehe für



die Zukunft auf eine sichere Basis zu stellen, mußten wir parallel mit dem Desiminations- und Abtrennungsvorgang *die Introjektion des verstorbenen Vaters* fördern. Dazu benützten wir das zweite Verfahren.

## 2. Das Verfahren der Introjektion der verstorbenen Eltern

Eine der unglaublichsten Tatsachen, die die Analyse aufgedeckt hat, besteht darin, daß Neurotiker oft unfähig sind, die verstorbenen Eltern dem Ich einzuverleiben. Sie sind im Banne ihrer Komplexe derart ambivalent, daß sie die Kraft nicht aufbringen, sich von den verstorbenen Eltern *lege artis* abzutrennen und ein wahlenkendes Bild von den verlorenen Objekten im Ich aufzurichten. Neurotiker begraben ihre verstorbenen Eltern seelisch äußerst schwer. Die toten Eltern werden nicht zu Leitbildern, sie bleiben weiter «Objekte». Wir mußten oftmals feststellen, daß eben diese Situation des Halbabetrenntseins und des Halbidentifiziertseins mit den verstorbenen Eltern das Schicksal der Neurotiker ernstlich stört. Diese Erfahrungen haben uns die besondere Aufgabe aufgebürdet, die Abtrennungs- und Introjektionsprozesse in bezug auf einen längst verstorbenen Elternteil analytisch zu überprüfen und das Versäumte durch die Analyse nachzuholen.

Diese Aufgabe wurde in unserem Fall nicht psychagogisch, sondern *lege artis* analytisch durch Auslegung des folgenden Traumes durchgeführt. (Wir bringen hier nur den dritten Teil, der sich auf den verstorbenen Vater bezieht. In dem ersten und zweiten Teil des Traumes handelt es sich um die Vorbereitung zur Weihnachtsbescherung auf einer armseligen Fabriktrappe.) Der wichtige dritte Teil lautet:

«Alles hatte sich nun verändert, und ich befand mich in einem luxuriösen, schloßähnlichen Hotel auf einer sehr schönen breiten Treppe. *Da sah ich meinen Vater.* Er ging zwischen den vielen Leuten, die herumstanden oder -gingen, einher, als suche er jemanden, und ich lief schnell hinter ihm her. Ich war sehr erschrocken, weil er ja nicht mehr lebte, und ich fürchtete mich, teils eben weil er tot war, teils daß sich meine Mutter sehr aufregen würde, wenn sie ihn sah. Ich hatte kaum genug Mut, ihn anzusehen. Er war merkwürdig angezogen und hatte ein seltsam gefärbtes Gesicht, er war sich gar nicht ähnlich, aber trotzdem wußte ich genau, daß er es war. Ich weiß nicht, ob er es bemerkte, daß ich ihm folgte, er ging durch einen prachtvollen Gang, der mich aber wieder an einen Gang im Hause meiner Großeltern erinnerte, der aber in Wirklichkeit gar nicht so war. Überall waren sehr viele Leute, und ich wurde immer ängstlicher, daß meine Mutter ihn so sehen könnte. Wir kamen dann in ein Zimmer, wo wir endlich allein waren, und ich sprach ihn an. Ich sagte ihm: ‚Vati, um Gottes willen, die Mutti darf dich nicht so unvorbereitet sehen!‘ Er sagte ein bißchen ärgerlich aber nicht böse: ‚Sie sieht mich schon nicht, sonst fragt sie mich wieder, ob es mich brennt.‘ – Das muß eine Verletzung oder Krankheit gewesen sein, die er hatte, bevor er starb. Ich beruhigte mich, weil ich erkannte, daß nur ich ihn gesehen hatte. Wenn er sprach, erinnerte er viel an Onkel E. Er sagte noch: ‚Sie hat mich schon genug gefragt. *Ich sagte ihm dann, daß es mir so leid tate, daß ich ihm das Leben nicht schöner gemacht habe und nicht netter zu ihm gewesen sei, er habe mir viel zu verzeihen.* Er antwortete mir: ‚Zu verzeihen gibt es für mich nichts mehr, in meinem jetzigen Saeculum gibt es nichts zu verzeihen.‘

Irgendwie verstand ich, daß er eigentlich schon nichts mehr mit meinem Vater zu tun hatte, und entweder schon in einer anderen Inkarnation oder auf dem Weg zu einer neuen Inkarnation war. Dann kamen einige Leute in das Zimmer, darunter eine Frau, die einmal bei uns angestellt gewesen sein muß. Sie sprach meinen Vater an, er sprach aber auch mit ihr so, als ob ihn alles das nichts mehr angehe und interessiere. Ich schwebte wieder in Todesangst, daß meine Mutter ihn sehen könnte und sicher auch empört sein würde, daß er nicht sofort zu ihr gekommen sei. Ich bemerkte auch plötzlich, daß das Zimmer, in dem wir uns befanden, das Nebenzimmer von dem war, das wir in diesem Hotel bewohnten. Da fragte er mich: ‚*Willst du Jesus Christus sehen?*‘ Ich hatte eigentlich große Angst davor, Jesus Christus zu sehen, aber bevor ich antworten konnte, hielt er ein kleines altmodisches Medaillon, das er in der Hand hatte, ins Licht. Es sah zuerst aus wie einer dieser kleinen Rosenkranzbehälter, wie man sie in Wallfahrts-

orten kaufen kann, dann aber erschien ein Bild darauf, ganz klein. Mein Vater deutete auf eine Figur und sagte: ‚Siehst du, das ist die F., deine kleine verstorbene Schwester.‘ Dann kam aus dem Nebenzimmer ein schrecklicher Lärm, es standen eine Menge Menschen auf dem Gang, und mein Vater ging hinaus. Ich lief wieder voller Angst hinter ihm her, aber er verschwand in der Menge. Ich sah durch die Wände, die plötzlich aus Glas waren, konnte aber nichts deutlich erkennen. Die Leute erzählten mir, daß meine Mutter Porzellan zerschlagen habe, es war aber ganz natürlich, als ob es ein Weihnachtsbrauch wäre.»

Dieser Traum gab der Patientin endlich die Absolution des Vaters von der Anklage der Mutter, nach der sie, die Patientin, Schuld an seinem plötzlichen Tod trage. Und noch mehr. Denn einerseits will auch der Vater im Traum nicht von der Mutter gesehen werden, d.h. er meidet sie auch, andererseits zeigt er ihr durch das Bild der verstorbenen Schwester den notwendigen Weg ihrer Introjektion, den sie – anstatt weiter mit ihr um die Liebe der Mutter zu rivalisieren – künftig zu gehen hat. Es ist uns in der Tat gelungen, die Patientin auf diesen Weg der Introjektion des verstorbenen Vaters und der Schwester zu führen. Sie versöhnte sich mit beiden. Die Depressionen verschwanden vollständig, und die Patientin war über fünf Jahre hindurch ohne Rückfälle. Eine vorübergehende Verstimmung entstand erst nach Jahren, als sie wegen Mangel an Personal gegen meine Mahnung die Mutter mit ihrer Hausangestellten wieder einmal in ihrem Haus aufnahm. Diese Verstimmung konnte sie aber prompt überwinden, als sie auf meinen Rat die Mutter wieder hinauskomplimentierte. Die endgültige Heilung ist in diesem Fall deswegen so schwer, weil das Loswerden der Mutter durch Introjektion einfach unerwünscht ist. Wenn die Patientin diese Mutter dem Ich vollständig einverleiben würde, wäre sie ja selbst genau so habmachtsüchtig, egoistisch, egozentrisch, narzißtisch und streitsüchtig wie sie. Eine Anlage dazu ist genotypisch latent vorhanden. Darum habe ich ihr den Rat gegeben, daß – falls sie künftig einen Psychotherapeuten benötigen würde, sie zu einer älteren Psychagogin gehen sollte. Aus dem mitgeteilten Traum wird aber noch ein Weg als Schicksalsmöglichkeit ersichtlich, nämlich der der Religion. («Willst du Jesus Christus sehen?» fragt der Vater sie im Traum.) Auch dieser Weg wurde in den Stunden durchgearbeitet.

\*

### *3. Das Verfahren zur Aufdeckung vergessener Traumata bei spät auftretenden Depressionen, welche durch Karriereziele zugedeckt wurden*

Diese katexochen psychoanalytische Aufgabe kann im Rahmen einer psychagogischen Behandlung oft auch ohne die strenge, langjährige Technik mit Erfolg angewendet werden; im besonderen in Fällen, bei denen die Person nach Erlangen einer jahrzehntelang heiß ersehnten Position, auf der Höhe der Karriere, plötzlich in eine schwere Depression versinkt. Wir sprechen hier von *morbus arri- vationis*. Das Gemeinsame besteht erstens darin, daß ein Trauma – das in der Vergangenheit nur eine kurzdauernde Depression hervorgerufen hatte – mit einem hochgesetzten Karriereziel überdeckt wird, ohne die traumatische, psycho- reaktive Depression lege artis ausgetragen zu haben. Zum zweiten setzen diese Karriereläufer alle ihre Kräfte für das Erlangen der höchsten Position ein und schieben jegliche seelischen Probleme von sich weg. Drittens: In dem Moment, wo sie auf dem Höhepunkt ihres Strebens angelangt sind und somit das «Deck- ziel» verloren haben, kommt plötzlich – wie aus heiterem Himmel – die alte, nicht

erledigte traumatische Depression wieder zum Vorschein. Sie wissen aber nicht, daß hinter dieser Depression, welche in dem aktuellen Zustand des Arrivierens völlig inadäquat ist, ein alter Objektverlust aus der Vergangenheit steht. Sie holen nun unbewußt diese verdeckte Depression nach, nachdem sie das Deckziel, die Karriere, erreicht haben. Wir bringen zwei Beispiele.

*Fall 54. Eine durch Karriereziele verdeckte Depression eines Bankiers.* Ein 55jähriger Bankangestellter fällt in dem Moment, wo er Generaldirektor wurde, in eine Depression. Diese Schwermut dauerte mehrere Monate hindurch und wiederholte sich danach fast jährlich. Auf Grund seiner Biographie und der Chronologie der Depressionsphasen war es nicht schwer, hier «das tiefenpsychologische Arrangement» aufzudecken. Es fiel auf, daß die Depressionen stets im Monat Juli auftraten. Wir haben nun alle Juligeschehnisse etwa 20 Jahre zurück mit dem Patienten durchgenommen. Plötzlich fiel ihm ein, daß vor 20 Jahren im Monat Juli seine Frau mit einem Mann durchgebrannt ist. Sie kam zwar bald wieder zu ihm zurück. Von da an aber wurde er von dem Ziel besessen, Generaldirektor zu werden, um seiner Frau beweisen zu können, daß er in seiner Karriere weiterkam als ihr damaliger Geliebter. All das wurde aber allmählich vergessen. Als er nun dieses Seinsideal verwirklicht hatte und plötzlich ohne Ziel dastand, verlor er zugleich den Halt, der ihn bisher hielt. Er regredierte nun auf jene Stufe des Daseins, von der seine Karriere vor 20 Jahren eigentlich ausging: zu dem traumatischen Verlust des Objektes.

*Fall 55. Eine durch Politik verdeckte Depression eines Staatsbeamten.* Dieser Fall ist fast eine genaue Wiederholung des vorangegangenen. Hier handelte es sich um einen Staatsbeamten und erfolgreichen Politiker, der als Sechziger die für ihn mögliche höchste Position erlangte, wobei er aber auf die Politik verzichten mußte. Eine Woche nach der Ernennung war er glücklich, danach brach aber dieser körperlich äußerst kräftige, seelisch übervitale Mann buchstäblich zusammen. Man internierte ihn mit der Diagnose: Melancholie. Aus der Anstalt kam er nach etwa zwei Wochen zu mir. Die Enträtselung des Falles und das Verschwinden der Depression geschah in drei Wochen. Die Ergebnisse fasse ich im folgenden zusammen: Der ehemals eine sehr bescheidene Stelle im Staatsdienst betreuende, einfach strukturierte Mann heiratete eine «Dame aus besserer Gesellschaft». Ihre inflativ-diastolische Natur lehnte sich gegen die armselige Position ihres Mannes auf. Sie wollte eben in einer höheren gesellschaftlichen Atmosphäre leben. Die Natur des Mannes zog ihn aber eher in die soziale Schicht der Arbeiterklasse. Die Ehe zerriß an dieser Zwiespältigkeit. Des Kindes wegen blieben die Partner beisammen, lebten aber in einem kontinuierlichen Streit, in einer sadomasochistischen Kette aneinander gebunden. Es war die Frau, die an dieser Kette kräftiger zog. Unser kleiner Beamter hielt es zu Hause nicht mehr aus und fing an zu politisieren. Die Politik wurde für ihn das Ersatzobjekt für die häuslichen Streitereien. In der Hitze der Politik erwarb der Mann allmählich eine Führerrolle in seiner Partei, auf die er in der Ehe verzichten mußte. Er stieg im Ansehen und auch in seinem Beruf immer höher. Kurz nach seinem 60. Geburtstag erreichte seine politische Partei, daß er in seinem Amt die höchste Position erlangte. Nach einem Triumph, der eine Woche dauerte, trat plötzlich die schwere Melancholie ein, so daß er die

Übernahme der Stelle verschieben mußte. Sein Drang nach Geltung und Macht fußte auf dem Wunsch, die Frau durch seine Karriereerfolge zu «zähmen», ihr zu beweisen, daß *er* der Mächtigere sei. Nach der Triumphwoche mußte er aber einsehen, daß einerseits die diastolische Tendenz seiner Frau sich zu unerwarteten und unbefriedigenden Dimensionen steigerte, andererseits, daß der Verlust der politischen Tätigkeit sein Dasein völlig verdüsterte. Seine Depression war somit durch diesen Verlust des «Deckziels» seelisch bedingt. Nachdem wir dem Patienten seine Lage offen ausgelegt hatten, besprachen wir die Sanierungsmöglichkeit.

Eine Sanierung der Situation kann nur durch radikale Umstellungen erhofft werden.

1. Er muß die sadomasochistische Beziehung zu seiner Frau aufgeben. Da vorderhand nicht zu hoffen ist, daß sie auf ihre Machtansprüche verzichten kann, gibt es nur einen Weg: er muß sich seelisch soweit von ihr distanzieren, daß er auf jeden Streit verzichtet. Sie sollen versuchen, weiter nebeneinander zu leben, er muß sich aber hinter eine Glaswand zurückziehen – womöglich aus unzerbrechlichem Glas. Kurz: er muß seelisch von der Frau frei sein, alle ihre Anklagen bagatellisieren und sie als Folge ihres krankhaften Charakters bewerten.

2. An Stelle der Politik muß er sich eine Möglichkeit schaffen, in Zukunft «Kulturpolitik» im Rahmen einer Organisation zu treiben. Hier könnte er dann seinen Macht- und Geltungsdrang, seine sadomasochistische Anlage befriedigen.

3. Da er die Querulanz der Frau nicht ertragen kann, müßte man eine energische Pufferperson als Friedensrichter zwischen die Partner schieben, mit der jeder unter vier Augen zu verhandeln hat. Dieser Friedensrichter sollte ein Anwalt oder Richter und kein Arzt sein. Alle familiären und finanziellen Fragen sollten durch ihn gelöst werden.

4. Die seelische Führung der Frau hingegen sollte einem Psychiater überlassen werden.

Die Katamnese des Falles nach acht Jahren zeigte, daß der Mann völlig frei von jeglichen Depressionen ist.

\*

Die zwei Fälle sollen zweierlei beweisen. Erstens, daß traumatische Kränkungen, die man nicht mit Depression ausgetragen hat, durch Karriereziele jahrzehntelang überdeckt werden können. Nach Verlust des Karriereziels, also des Ersatzziels, wenn der höchste Gipfel im Beruf erreicht ist, erscheint aber plötzlich die einst nicht ausgetragene traumatische Depression, ohne daß der Befallene weiß, daß er sich eigentlich für den Verlust eines alten Objektes der Schwermut auslieferte. Zweitens beweist der zweite Fall, daß man auch durch eine psychagogische Kurztherapie einen langdauernden Heilerfolg erzielen kann. Die These bezüglich der Depressionen beim *morbus arrivationis* wurde von Philosophen schon längst entdeckt. Wir zitieren hier aus PASCALS *Pensées* aus dem 135. Gedanken<sup>1</sup>: «Nous ne cherchons jamais les choses, mais la recherche des choses.»

\*

---

<sup>1</sup> PASCAL, B.: *Pensées*. Librairie Rombaldi, S. 102.

*Die Psychotherapie der Manie* stellt den Arzt vor noch größere Schwierigkeiten als die der Depression. Dies liegt daran, daß der Manische sich von den Wertobjekten der Welt noch weiter abgelöst und sie mehr entwertet hat als der Depressive, der ja allzu oft das Suchen noch lange nicht aufgibt.

Weder eine klassische Psychoanalyse noch eine analytische Psychagogik hat bei der Manie eine Chance. Der Psychotherapeut muß die Behandlung der Psychopharmakologie überlassen. Wir erwähnen hier eine Erfahrung, die man vielleicht zu einem Heilverfahren ausbauen könnte: Manische Kranke neigen in der postpsychotischen Phase zu Ein- und Ausräumungs-, Putz- und Ordnungszwängen. Diese Neigung zu Zwangshandlungen könnte man vielleicht in einer Anstalt als adäquate Arbeitstherapie anwenden.

\*

Das manisch-depressive Irresein ist für uns die Psychose des Kontakttriebes und eben deshalb ein Irresein im Stimmungsleben der Person. Die Tendenz der heutigen Psychiatrie, das MDI auf «Zyklophrenie» umzutaufen, scheint berechtigt zu sein. Der psychopathologische Unterschied zwischen der Schizophrenie und der Zyklophrenie wird durch diese Benennung quasi örtlich hervorgehoben. Denn: die Schizophrenie entsteht durch die primäre Ich-Störung einer genuine Ich-Spaltung. Bei der Zyklophrenie dagegen wurde die primäre, genuine Störung nicht im Ich-Leben, sondern im Zyklus des Stimmungs- und Kontaktlebens gefunden. Die auch bei der Zyklophrenie stets vorhandenen Ich-Veränderungen sind sekundäre Folgen der primordialen Kontaktstörung. Die Kontaktstörungen bei der Schizophrenie sind ebenfalls sekundär. Das ist der Grund, warum man gezwungen ist, die alte Zweiteilung der endogenen Psychosen – trotz aller möglichen Gleichheit der Wahnbildungen – auch in Zukunft aufrechtzuhalten.

Hier müssen wir noch die Bestrebungen von W. JANZARIK<sup>1</sup> erwähnen, der 1959 die Psychopathologie der endogenen Psychosen in zwei Richtungen einer Revision unterwarf. Erstens machte er den Versuch, die endogenen Psychosen auf «vier dynamische Grundkonstellationen» zurückzuführen. Diese sind: 1. die *dynamische Reduktion* (Einengung) bei der Depression; 2. die *dynamische Expansion* in der Manie; 3. die *dynamische Unstetigkeit* bei den Paranoiden und 4. die *dynamische Entleerung* im schizophrenen Defekt. Vergleicht man aber diese dynamischen Grundkonstellationen mit den Ergebnissen unserer Ich-Analyse bei den endogenen Psychosen<sup>2</sup>, so kann man ich-analytisch folgende Übereinstimmungen feststellen. Die dynamische Reduktion in der Depression entsteht durch die Überfunktion der introjektiven Egosystole oder durch die autistische Introprojektion. *Die Egosystole im Ich bringt die dynamische Reduktion sowohl bei den depressiven wie auch bei den autistisch-magisch denkenden Schizophrenen zustande.* Die dynamische Expansion der Manischen dagegen entsteht zu Beginn der Krankheit stets durch die *Überfunktion der Inflation*. Die sogenannte dynamische Unstetigkeit der Paranoiden kommt nach unseren experimentellen Untersuchungen durch *das paroxysmale Umschlagen der Projektion in die Inflation* oder umgekehrt zustande. Dieses Umschlagen der Egodiastole geht auf der Ebene der Stimmung mit einer Wandlung der Manie

<sup>1</sup> JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959, S. 30–66.

<sup>2</sup> Triebpathologie, 1952, Ich-Analyse, 1956, Huber, Bern.

(Inflation) in die Depression (Introprojektion) einher. Die dynamische Entleerung bei dem schizophrenen Defekt schließlich entspricht völlig dem Ich-Zustand der *Desintegration im Ich*, wobei alle vier Elementarfunktionen ausfallen. – Wir hegen somit die Meinung, daß hinter den vier dynamischen Grundkonstellationen nach W. JANZARIK eben jene Ich-Spaltungsformen stehen, die wir für die verschiedenen Krankheitsbilder der Schizophrenie und der Zyklophrenie ich-analytisch beschrieben haben.

Zum zweiten wirft der Autor die Frage der «Einheitspsychose» (ZELLER, GRIESENBACH, NEUMANN usf.) auf und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: «Wollte man die psychopathologische Idee auf die klinischen Tatsachen anwenden, so würde man allerdings nicht auf die umfassende Einheitspsychose zurückgreifen und die Errungenschaften nahezu eines Jahrhunderts preisgeben dürfen. Man würde sich mit einer Einheitspsychose innerhalb sehr enger Grenzen zufriedengeben müssen, die nicht einmal die endogenen Psychosen insgesamt umfaßt, sondern nur jene relativ seltenen, vorwiegend ohne Defekt abheilenden atypischen Psychosen, die Episoden von Reduktion, Expansion und dynamischer Unstetigkeit in sich vereinigen. Von dieser Kerngruppe, der die im strengen Sinne zirkulären Psychosen und die folgenlos remittierenden schizophrenen Episoden angegliedert werden müßten, wären auf der einen Seite die Psychosen mit ausschließlich depressiver Symptomatik und auf der anderen Seite die zu blander Entleerung führenden Verläufe abzugrenzen<sup>1</sup>. »

Diese Stellungnahme bekräftigt unsere These, die wir 1952 folgenderweise formulierten: 1. Die Ergebnisse der Trieb- (und Ich-) Untersuchungen bei Geisteskranken sprechen dafür, daß die Idee einer Krankheitseinheit im Sinne von KRAEPELIN doch nicht eine reine «Jagd nach einem Phantom» sei, wie das von den extremsten Syndromatikern, so von HOCHÉ und CARL SCHNEIDER, behauptet wurde. 2. Es wurde auf experimentellem Wege festgestellt, daß besondere faktorielle Triebanlagen als biologische Radikale im Menschen dynamisch funktionieren, die es bestimmen, ob die Person unter gewissen Umständen eher in der schizoformen oder eher in der zirkulären Form seelisch erkranken könnte. 3. Zuletzt bedingen dennoch die Triebradikale die Krankheitseinheiten wie auch die Erkrankungsrichtung<sup>2</sup>.

Zu dieser Stellungnahme kam nun in diesem Buch die Erörterung der *acht Spaltungsformen* hinzu, welche auch auf die Vertauschbarkeit der endogenen Psychosen ein Licht wirft.

Auf die neuesten Bestrebungen L. BINSWANGERS<sup>3</sup> (1960), die Melancholie und die Manie im Lichte der Intentionalitätslehre und Egologie HUSSERLS zu verstehen, wurde im Kapitel II dieses Buches bereits hingewiesen.

Für die postpsychotische und psychohygienische Nachbehandlung der Geisteskranken hat 1957 A. R. BODENHEIMER<sup>4</sup> einen geistreichen Beitrag geliefert. Er versuchte, ein Heilverfahren auszuarbeiten, mit Hilfe dessen der Psychotiker in der Phase des Ausklingens der Krankheit das Geschehen auf die Ebene des Erlebens zu heben und zu integrieren vermöge.

<sup>1</sup> Ebenda: S. 67.

<sup>2</sup> SZONDI, L.: Triebpathologie. Huber, Bern, 1952, S. 247.

<sup>3</sup> BINSWANGER, L.: Melancholie und Manic. Neske, Pfullingen, 1960.

<sup>4</sup> BODENHEIMER, A. R.: Erlebnisgestaltung. B. Schwabe, Basel, 1957.

## WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER AKZEPTATIONSNEUROSE. DIE ZYKLONEUROSE

*Begriffsbestimmung.* Wir nennen Akzeptationsneurose jene traumatisch erworbene Neurosenform, bei der eine frühkindliche Nichtannahme bzw. schroffe Zurückweisung des Kindes durch einen Elternteil, zumeist durch die Mutter, eine dauernde Kontakt- und Stimmungsstörung bedingt. Es handelt sich vorwiegend um weibliche Personen.

*Symptomatik.* Für die klinische Diagnostik der Akzeptationsneurose sind folgende Merkzeichen wegweisend: Die Person hat das Vertrauen und Sicherheitsgefühl vollständig verloren, von einem anderen Menschen restlos und so wie sie eben ist, angenommen zu werden. Jeder Annahme gegenüber ist sie mißtrauisch geworden, und alle Indizien einer wirklichen Annahme werden von ihr in Frage gestellt. Ihr Schicksal geht deshalb in die Richtung des Alleinseins. Diese Verabsolutierung der Nichtannahme fußt auf dem Umstand, daß die Person oft schon in der Gravidität in der Tat von den Eltern, besonders von der Mutter, unerwünscht war und somit auch nach der Geburt jene Liebe und Zärtlichkeit entbehren mußte, die eine wahre Mutter ihrem Kind spontan zu geben pflegt. Akzeptationsneurotiker wurden häufig überhaupt nicht oder nur eine kurze Zeit – und auch dann mangelhaft und nervös – von der Mutter gestillt. Und weil sie so frühzeitig aus der physiologischen Dualunion mit der Mutter ausgeschlossen wurden, hat sich in ihnen der Drang nach Anklammerung an einem sicheren Haltobjekt in einem übertriebenen Maße so weit gesteigert, daß künftig kein Objekt der Welt ihr unersättliches Anklammerungsbedürfnis zu befriedigen vermag. Ihr Kontakt-schicksal gestaltet sich als eine kontinuierliche Reihe von mißglückten Anklammerungsversuchen. Sie müssen alle mißlingen, da eben kein normaler Mensch ihre krankhaft gesteigerten und ununterbrochenen Anklammerungsansprüche auf die Dauer befriedigen kann. Andererseits sind sie selber *inkontinent* im Halten des anderen. Die Inkontinenz zeigt sich auch auf somatischem Gebiete, so in der Unfähigkeit, den Harndrang zurückzuhalten. Die launenhaften Vorwürfe, das ewige Lamentieren und Querulieren in bezug auf die Nichtannahme sausen wie ein Wasserfall auf das Haltobjekt nieder, sobald es die ewige Anklammerung auf eine Weile zu unterbrechen wagt. Ihre Stimmungslage entspricht den jeweiligen Anklammerungs- und Abtrennungsphasen. Ekstasen von Überglücklichsein werden von todunglücklichen Depressionen, diese wieder des öfteren von hypomanischen Haltlosigkeiten – sowohl im Sprechen, Kaufen, Essen, Trinken, Rauchen, oft auch im Sexus, abgelöst. Man kann die Akzeptationsneurotiker auf Grund ihrer Stimmungszyklen mit Recht «*Zykloneurosen*» nennen. Ihre Bindung zur Mutter, später zum Gatten oder Liebhaber, gestaltet sich unter dem ungünstigen Zeichen eines *Ambivalenzkonfliktes*. Als Folge des Konfliktes schlägt ihre Liebe plötzlich in Haß, Wut, Zorn, insbesondere in Rache um. Die Rache trägt nur selten das Zeichen einer tödenden Gesinnung. Sie begnügen sich damit, daß sie dem haßgeliebten Objekt einen Schaden antun, es bestehlen, belügen oder betrügen.

Ihr Sexualleben wird oft schon deshalb abnorm, weil neben dem Anklamme-

rungsdrang eben die Rache als spiritus rector in ihren abenteuerlichen Verbindungen mitwirkt. Sie sind fast alle exzessive Onanisten, auch in den reiferen Jahren, und neigen insbesondere zum Masochismus. Dieser führt sie zu sadistischen Männern, von denen sie sich nicht nur seelisch, sondern auch finanziell aussaugen lassen. Für jedwelche Liebesbeziehung müssen sie eine hohe Rechnung bezahlen. Nicht selten verschaffen sie sich das nötige Geld durch Stehlen oder Unterschlagen oder sogar durch Prostituierten. Oft ist das geschädigte Objekt eine Mutterfigur. In ihrem Liebesleben sind sie unersättlich, nicht wegen der Hypersexualität, sondern hauptsächlich darum, weil das sexuelle Beisammensein für eine kurze Weile ihre überdimensionierten Anklammerungsbedürfnisse befriedigt. Eine Gruppe der Prostituierten, die dem Zuhälter und «Zuschläger» hörig sind, beginnen ihre Laufbahn als Akzeptationsneurotikerinnen. Der Ambivalenzkonflikt erscheint bei ihnen nicht nur als Haßliebe, sondern auch als Ambivalenz gegenüber dem Über-Ich. Sooft sie sich gegen das Über-Ich vergehen, werden sie von Schuldangst und Strafbedürfnis bis zu Selbstmordgedanken gequält. *Eben dieser «moralische Masochismus», dieser Katzenjammer nach irgendeiner Rache, unterscheidet sie von den Kontaktpsyopathen.* Fast alle Akzeptationsneurotiker leiden schwer unter einem Minderwertigkeitsgefühl. Einige frönen dem Selbsterabsetzungsdrang, andere entwickeln Reinigungs-, Ordnungs- oder Waschwänge. Die Angst vor der Leere ihres Daseins, vor dem Alleinsein, vor dem Tod des Haltobjektes, welches sie nicht hält (Mutter, Gatte, Geliebter), verfolgt sie das ganze Leben hindurch. In späteren Jahren bedroht sie die Gefahr der Sucht, insbesondere der Medikamenten- oder Trunksucht. Das Vorhandensein eines Über-Ichs beweist auch ihre religiöse Skrupelhaftigkeit. Eine religiöse Führung kann ihnen in späteren Jahren den heißgewünschten Halt geben.

*Die Psychogenese* scheint in der Entstehung der Akzeptationsneurose – trotz genetischer Anlagen – zu überwiegen. Die Krankheit entsteht meistens psychoreaktiv. Folgende Momente spielen eine Rolle:

1. *Erziehung in einem Waisenhaus.* Waisenkinder entwickeln oft ein Ressentiment gegen die Gesellschaft. Die Begabten kompensieren ihre Verlassenheit durch zu hoch gesetzte Karriereziele, durch Reichtum oder Machtpositionen. Ein Teil versinkt in der Verwahrlosung oder der Neurose. Sie bleiben die Ewig-nicht-Angenommenen – auch wenn man sie in der Tat akzeptiert.

2. *Illegitime Geburt* spielt ebenfalls eine gewichtige Rolle. Hier schützt sie oft auch der Umstand nicht, daß sie vom Pflegevater als «legitimes» Kind angenommen wurden (siehe Fall 56).

3. *Unerwünschte Kinder* machen das Gros der Gruppe der Kontaktneurosen aus. Es ist ein psychologisches Rätsel, wieso die Akzeptationsneurotiker das sichere Gefühl ihrer Unerwünschtheit verspüren können, auch wenn man diese vor ihnen streng verheimlichte. Oft spielt auch die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht eine Rolle, wenn nämlich die Eltern sich einen Knaben wünschten und somit in ihrer Erwartung enttäuscht wurden.

4. Akzeptationsneurotiker figurieren oft als *das erste oder das letzte Kind* in der Geschwisterreihe. Beim ersten Kind spielt oft die überstarke Partizipation der jungen Mutter mit ihrem Gatten eine Rolle. Die Reife zum Muttersein fehlt ihr noch. Beim letzten Kind spielt die «Zufallszeugung» in der Unerwünschtheit eine gewichtige Rolle.



Die spezielle *genetische Ätiologie* der Akzeptationsneurosen wurde noch nicht bearbeitet. In den Stammbäumen, die wir selber aufnehmen konnten, fielen auf: 1. Die Mütter waren illegitime Kinder und zeigten somit ebenfalls Kontaktschwierigkeiten. 2. Die Väter repräsentierten einen sadistisch-parasitären Menschentyp oder aber einen weichen, künstlerischen Männerschlag mit Neigung zur Orientierung nach einer sozial niederen Schicht (Dienstmädchen, Prostituierte, *nostalgie de boue*). 3. Sexuelle Haltlosigkeit, Süchtigkeit und Depressionen werden bei den engen Verwandten von Akzeptationsneurotikern vermerkt. 4. Als Gegensatz finden wir auch religiöse Mitglieder, so Nonnen, Pfarrer in der Familie.

*Die klinischen Formen* unterscheiden sich in der Verschiedenheit der Neigungen 1. zur sexuellen Haltlosigkeit, 2. zum moralischen Masochismus, 3. zur Sucht, 4. zur Kriminalität (Unterschlagung, Diebstahl), 5. zur Phobie und Angstzuständen oder 6. zum Zwang. *Das Gemeinsame bleibt für alle Formen: die Unbefriedigtheit des Anklammerungsdranges, die raschwechselnde Stimmungslabilität und die Neigung zu kainitischen Racheakten.*

*Die Therapie.* Die adäquateste Behandlungsart der Akzeptationsneurose ist eine *freundsche* Psychoanalyse bei traumatischen und eine lange Schicksalsanalyse bei hereditären Fällen. Die tiefenpsychologische Psychagogik soll nur dort angewendet werden, wo eine lange Analyse aus zeitlichen oder finanziellen Gründen nicht in Frage kommt. Da die Akzeptationsneurotiker überwiegend an der Mutterbindung erkranken, soll man womöglich eine Analytikerin empfehlen.

*Fall 56. Heilung einer schweren Akzeptationsneurose durch die Schicksalsanalyse.* Die 38jährige Sprachlehrerin, eine Romanistin, kehrt nach Trennung einer zehn Jahre dauernden, unglücklichen Ehe aus Frankreich zu ihrer ebenfalls getrennt lebenden Mutter in die Schweiz zurück und läßt ihre achtjährige Tochter beim Vater. Die Patientin beklagt sich, daß sie seit ihrer Kindheit ständig tief unglücklich ist. Sie lebt derzeit mit der harten, starken, egoistisch-narzißtischen Mutter zusammen, die sie anbetet und gleichzeitig haßt, weil diese sie nie angenommen hat und stets nur an sich denkt. Oft wird sie deshalb von abscheulichen Rachegefühlen gegen diese «Alabaster-Mutter» überschwemmt, versucht dann aber, diese Anfälle mit quälenden Schuldgefühlen gutzumachen und überschüttet die Mutter mit Liebesgeschenken. Dieses Auf und Ab in der Beziehung zur Mutter hält sie nicht mehr aus und sucht durch die Analyse eine Lösung. Daneben beklagt sie sich, daß sie in ihrem Leben zu nichts gekommen sei. Sie versuchte, literarisch tätig zu sein, aber ihr Minderwertigkeitskomplex stört sie beim Schreiben. Oft leidet sie unter Selbsttherabsetzungsanfällen mit Depressionen, ein andermal überschätzt sie ihre Begabung und ist überheblich, besonders Männern gegenüber. Sie taue zu nichts, ist voll mit Skrupeln, Ballasten, Phobien und Zwangsimpulsen (Waschzwänge); sie ist mit sich, mit der Welt, insbesondere mit der Mutter, unzufrieden. Nie erlebte sie das sichere Gefühl, bei der Mutter oder bei jemand anderem, auf die Dauer geborgen zu sein. Immer quält sie das ewige Alleinsein, sogar in der Liebe, obwohl sie zahlreiche Liebhaber hatte. Sie schwebt ständig in der Luft und hat keinen sicheren Boden unter den Füßen.

Ihre Biographie ist ein Paradigma für das Schicksal einer Akzeptationsneurotikerin. Ihr Kampf für die Annahme durch die Mutter beginnt schon mit deren Schicksal; sie kam illegitim zur Welt. Sie weiß wenig über ihre Eltern, da sie bei

Pflegeeltern erzogen wurde. Der wirkliche Vater soll ein Musiker, dessen erste Frau eine Prostituierte, die zweite ein Dienstmädchen gewesen sein. Sie weiß nicht, wer von den beiden ihre Mutter war. Die Schwester aus der zweiten Ehe des natürlichen Vaters – also die Tante der Analysandin – ist Nonne geworden. Diese unsichere Abstammung bedrückte die Mutter ihr ganzes Leben lang, und sie überkompensierte diesen «Geburtsfehler» mit Hochmut, Bildung, Intelligenz, Stolz und mit narzißtischer Pflege ihrer Schönheit. Ihr Mann, ein Turnlehrer eines Gymnasiums, hielt ihre Herrschernatur nicht lange aus. Es kam zur Trennung, die ältere Tochter blieb beim Vater, die jüngere, unsere Analysandin, kam zur Mutter. Die Trennung der Eltern erfolgte kurz nach der Geburt der Patientin, die wahre Ursache erfuhr sie erst während der Analyse. Sie wurde von der Mutter nicht gestillt. Ihre ersten Erinnerungen sind, daß sie wie ein Hündlein der Mutter in der Wohnung immerfort nachlief und von ihr hart und kalt behandelt wurde. Vom 7. bis zum 16. Lebensjahr wurde sie in einem Klosterinternat erzogen. Hier benahm sie sich äußerst undiszipliniert. Mit 14 Jahren schwärmte sie für eine Klosterfrau, schrieb ihr einen Liebesbrief und wurde fast aus dem Internat gewiesen. Mit 16 Jahren machte sie die ersten sexuellen Erfahrungen, die wieder ihre Gefühle des Nichtangemommenseins nur verstärkten. Sie suchte einen Studenten in seinem Zimmer auf, gab sich ihm aber nicht völlig hin, worauf er sie verließ und eine andere Liebschaft suchte. Diese «Nichtannahme» ihrer Person in der Liebe scheint bei ihr wie eine Ad-hoc-Introjektion nachgewirkt zu haben, indem sie sich auch später niemals bei irgendeinem Mann wirklich angenommen und geborgen fühlen konnte. Stets lag sie auf der Lauer, wann sie von dem Liebhaber weggeschickt würde. Ihre Besuche in den Ferien bei der Mutter waren stets mit der Angst belastet, ob die Mutter sie mit Liebe annehmen oder sich ihr gegenüber – wie so oft – völlig desinteressiert benehmen würde. Diese Angst war um so berechtigter, als die Mutter zu jener Zeit mit einem Musiker (= Vater-Ersatzfigur) liiert war, der sie oft vor der Tochter brutal behandelte. Als Pubertierende erlebte sie in den Ferien alle Freuden und Leiden dieser Liebe der Mutter, die damals im Klimakterium stand, sich dennoch backfischartig benahm und kleidete und alle ihre Kräfte für die Aufrechterhaltung ihrer Liebe zu dem Musiker vergeudete. Das Miterleben dieser sadomasochistischen Bindung der Mutter zu ihrem Liebhaber diente der Analysandin unbewußt als Muster in der Wahl ihrer eigenen Partner. Ihr Masochismus den späteren Liebhabern gegenüber fand hier im Benehmen der Mutter ein Vorbild. Unter diesen Umständen ist es nun nicht verwunderlich, daß sie nach der Matura den ersten – leider nicht den besten – Mann heiratete. Sie war 19jährig, zur Ehe völlig unreif und seelisch von der Mutter noch nicht befreit. In der Analyse ist ihr später bewußt geworden, daß sie diese Ehe aus Rache gegen die Mutter geschlossen hat, die sie völlig vernachlässigte, als eine Null behandelte und narzißtisch nur von ihren eigenen Liebesschwierigkeiten besessen war. Die Ehe der Analysandin mit ihrem Mann, einem französischen Anwalt, dauerte zehn Jahre. Sie wurde für sie ein Weg «nach Damaskus», da der Mann nur auf ihre Erbschaft spekuliert hatte und sie ständig betrog. Auf die Tochter aus dieser Ehe wurde dasselbe Schicksal der dritten Generation «tradiert» wie auf die Patientin. Sie wünschte das Kind nicht, wollte es nicht zur Welt bringen, man mußte sie in der letzten Stunde mit Zwang in die Klinik einliefern. Das Kind war ihr fremd, sie stillte es nicht, und es stand ihr in allen nachfolgenden Liebesbeziehungen im

Wege. Im zehnten Jahre der Ehe verläßt sie ihr Kind, ihren Mann und Frankreich, kehrt zur Mutter zurück, geht auf die Universität und doktoriert in Romanistik. Seit dem 29. Lebensjahr erhält sie sich allein, teils mit der Tochter, aus ihrem Verdienst an einer Privatschule.

Den von der Mutter getrennt lebenden Vater sah die Patientin fast nie. Er war ihr stets fremd. *Oft dachte sie, sie sei die illegitime und nicht die wirkliche Tochter ihres Vaters.* Und nun kommen die neun harten Jahre des Zusammenlebens mit der Mutter. Ihr Ambivalenzkonflikt wächst mit den Jahren. Sie möchte alles für die – zu jener Zeit etwas kränkliche – Mutter sein und tun. Diese ist aber immer noch hart wie ein Stein und befehlssüchtig wie ein General. Die analytischen Stunden und die Träume sind von Liebes- und Haßerklärungen der Mutter gegenüber überfüllt. Allmählich aber steigt in ihr die Rache gegen sie hoch und verleitet sie zu Handlungen, durch welche die Patientin an den Tiefpunkt ihrer Existenz kam: zur Enteignung fremder Gelder.

Das Werkzeug zu ihrer Rache war der junge Anwalt der Mutter, der sie in Verwaltungsfragen ihres Vermögens zu beraten pflegte. Die immer noch auf Männerbeziehungen eingestellte, narzißtische alte Frau ließ sich von den Schöntuereien dieses bedeutend jüngeren, raffinierten, opportunistischen Fuchses einlullen. Er wurde immer häufiger ihr Gast, sie gingen – ohne die Tochter – oft aus. Die Eifersucht der Tochter wurde täglich größer. Sie hält es nicht mehr aus und fährt zu ihrem einzigen anständigen Liebhaber nach Paris, einem Schriftsteller, der ein reiner und feiner Ästhet, ihr treu, aber muttergebunden und somit zur Ehe unfrei war. Als die Analysandin dann von Paris zurückkam, entschloß sie sich, sich an der Mutter zu rächen. Sie wird die Geliebte des Anwalts, mietet eine Wohnung, verläßt die kränkliche Mutter und will fortan nur für diese Beziehung leben. Erst viel später konnte sie einsehen, daß sie mit all dem nur den Mann von der Mutter fernhalten wollte. Ihr Schicksal weicht aber nicht von ihr. Der Mann entpuppte sich als der gleiche Sadist und Opportunist wie ihr Gatte. Er quälte sie mit anderen Liebschaften und pumpte sie bis zum letzten Rappen aus. Sie mußte für ihn das Beste vom Besten kochen und wenn sie es – aus Mangel an Geld – nicht tun konnte, verweigerte er ihr die Liebe. Unsere Patientin mußte nun zum zweitenmal «den Weg nach Damaskus» antreten.

Die analytischen Stunden werden nun mit Anklagen gegen den Anwalt und mit Selbsterniedrigungen ausgefüllt. Sie klagte sich an, daß sie gegen den Schriftstellerfreund in Frankreich wie auch gegen die Mutter in perfider Art handle. Sie zerbrach fast unter der Last der Schuld in ihrem Ambivalenzkonflikt. Sie liebte und haßte die Mutter weiter, träumte oft von ihrem Tod und sah allmählich klar, daß sie in dem Anwalt nur ein Stück des Liebesobjektes der Mutter liebte und nicht den Mann selbst. Er war für sie ein seelischer Fetisch, ein Ersatz für die Mutter. Sie stellte die These auf, daß sie eigentlich mit der Mutter so leben wollte wie mit dem Mann, den eigentlich nicht sie, sondern die Mutter liebte. Sie selber liebte ja weiter nur die Mutter. Schwere finanzielle Sorgen bedrückten sie, und in diesem Moment träumte sie von einem Mann, der wegen Unterschlagungen gesucht wird. Bei der Auslegung dieses Traumes machte die Analysandin das Geständnis, daß sie einerseits von der Mutter Geld stahl, anderseits in dem Büro, wo sie abends als Nebenverdienst die französische Korrespondenz erledigte, eine kleinere Summe enteignet hatte. Sie flehte mich weinend an, ich solle sie trotzdem nicht verlassen

und in ihr nicht eine Verbrecherin sehen. Sie mußte sich Geld verschaffen, um die Ansprüche des Anwaltes zu befriedigen. Meine Stellungnahme war, daß ich sie aufforderte, aus meinem Honorar die enteignete Summe zurückzubezahlen und ihre Stunden bei mir erst nach der Sanierung zu honorieren. Ich gab ihr aber noch den Rat, ihre Liebesbeziehung zu dem Anwalt vor der Mutter nicht weiter zu verheimlichen.

Und nun kam eine unerwartete Wendung im Schicksal dieser armen Frau. Sie deckte der Mutter ihre Beziehung zum Anwalt wie auch die Rachemotive dieser Tat restlos auf. Und da geschah das Unerwartete. Diese narzißtisch-tiefgekühlte Mutter wurde von dem Geständnis der Tochter derart hingerissen, daß sie die geheimen Motive der Nichtannahme ihrer Tochter endlich preisgab. Sie teilte ihr mit, daß ihr Vater nicht ihr eigener Gatte, der Turnlehrer, sondern ein Auslandsstudent, ein Jude, die einzig wahre Liebe ihres Lebens, war. Dieser starb plötzlich an einer Hirnerkrankung, als sie von ihm bereits gravid war. Das Kind ist unsere Patientin. Sie kam also – wie sie stets ahnte – wirklich illegitim zur Welt. (Das Unbewußte weiß in der Tat alles.) Der Gatte der Mutter wußte Bescheid, gab dem Kind seinen Namen, aber trennte sich danach von der Frau.

Dieses Geständnis der Mutter wirkte auf die Analysandin wie eine Erlösung. Sie verstand plötzlich, warum ihr «der Vater» stets fremd war; warum sie ihre besten Freundinnen und Bekannten – im Gegensatz zu ihren Eltern – unter Juden fand. Und noch mehr: jetzt wurde ihr klar, daß ihre Akzeptationsneurose – neben den traumatischen Erlebnissen mit der Mutter – eine noch tiefere Wurzel hatte, nämlich die Abstammung von dem jüdischen Vater, der aus seiner Heimat vertrieben und nirgends richtig angenommen war. «Ich erlebte», sagte die Analysandin, «in meiner Neurose unbewußt das ganze Schicksal des Nichtangewohnten des Judentums.»

In den kommenden Monaten löst sich allmählich die Beziehung zum Anwalt. Sie brachte einen Traum, in dem die Mutter (alias sie) von ihm ein Kind bekommt; danach springt dieser auf einen Karren und fährt davon. Er läßt sie im Stich. Die Patientin wußte genau, daß er sie in dem Moment verlassen würde, in dem sie von ihm gravid würde. Sie dachte daran, die Wohnung aufzugeben und zu der kranken Mutter zurückzuziehen. Sie hoffte somit, ihr Gewissen zu entlasten und die finanzielle Lage zu lösen. Ihr Liebhaber war aber gegen diese Pläne. Was ihr fehlen wird – sagte sie – ist die Erfüllung ihrer Weiblichkeit. *Aber jetzt glaubte sie schon so weit zu sein, daß sie die Unlust zu ertragen und auf die Lust zu verzichten vermöge.* Sie sagte wörtlich: «Ich sehe den Fehler, den ich beging: Ich suchte immer aussen einen Halt und nie in mir selber.» Erst nach vielen Wochen war sie so weit, daß sie die Beziehung abbrechen und zur Mutter zurückziehen konnte. Sie mußte vorerst die Abtrennungsangst durch eine Reihe von Träumen mit Todesängsten überwinden, die die Angst vor dem Alleinsein demonstrierten. Aber «ich muß es lernen», sagte sie selber.

In einem anderen Traum läuft die Träumerin aus einem Zwangslager (der Triebe) zur Mutter zurück. Allmählich hörte sie auch mit dem ewigen Lamentieren auf. Sie sah nun ein, daß sie die Geborgenheit mit dem Sexualakt verwechselt hatte und künftig die beiden voneinander trennen müßte, um so mehr, da ihr kein Mann – abgesehen von dem Literaten in Paris – je Geborgenheit und Sicherheit geben konnte. Aber auch die Anklammerung an die Mutter war ein Kerker für sie.

Nun muß sie auch zu ihr eine andersartige Beziehung aufbauen. «Ab ovo hatte ich diese übermäßige Anklammerung; ich wollte, daß mich mein Liebhaber 48 Stunden in den Armen halte, weil ich Angst hatte, wieder allein zu sein.» «Wie ich einst keine Minute ohne die Mutter leben konnte, so klammerte ich mich an den Penis des Liebhabers. Ich ersetzte die Muttersucht mit der Penissucht.»

Nach der Abtrennung von dem Anwalt beginnen – wie zu erwarten war – die heftigen Widerstände gegen die Analyse, die sie nun zu hassen anfängt. Sie machte mir Vorwürfe, daß sie ohne Halt in der Welt stehe, daß ihre eigene Person für mich gar nicht zähle. Sie will aber eine Persönlichkeit werden, will den Männern gegenüber auch Nein sagen und selbst wählen können. Das ist ja nicht in Ordnung, daß sie mit 38 Jahren so leben sollte wie die 70jährige Mutter. «Ich stehe nun zwischen Konstruktion und Destruktion» – behauptet sie selber. Das Destruktive in ihr leitete sie von der Mutter ab, das Konstruktive kann sie ohne ein Vaterideal nicht erreichen. Sie hatte aber nie einen Vater erlebt. Nach langen Widerständen macht sie das Geständnis, daß ich die erste Person in ihrem Leben sei, bei der sie keine Ambivalenz fühle. Der Widerstand war also teils durch die Übertragung bedingt. In einem Traum figurierte sie als meine Lieblingsschülerin. Sie will nur einen Juden heiraten und sagt offen, daß sie ihre Liebe von der Mutter auf den Analytiker übertragen hat. Viel träumte sie von Kindern. Sie wünschte nicht mehr den Tod der Mutter. Diese Übertragung kam also nach dem Bruch mit dem Anwalt, etwa nachdem das erste Jahr der Analyse zu Ende ging.

In diesem stürmischen Jahr der Behandlung wurden der Patientin somit die Motive bewußt, weshalb alle ihre Anklammerungsversuche mißlungen sind. Sie hatte keinen Vater, fühlte sich «illegitim», fremd in ihrer Familie, war an die Mutter, wie ein Sohn, inzestuös gebunden. Die Enttäuschung trieb sie zu sadistischen Männern, von denen sie sich masochistisch ausbeuten ließ. Nun lebte sie für ihre Rache an der Mutter. Nahm ihr den Kavalier weg, klammerte sich vergeblich an diesen «Fetisch», der ihr die geliebte Mutter ersetzen sollte und rutschte moralisch bis zur Veruntreuung fremder Gelder hinunter. Von diesem Tiefpunkt ihres Daseins erlöste sie ihr eigenes Geständnis und das der Mutter über ihre illegitime Geburt. Jetzt bekam ihre Entwurzelung durch die tatsächliche Illegitimität eine reale Bestätigung. Sie kehrte nach dem Bruch mit dem Liebhaber zur Mutter zurück, gab die Haßbeziehung zu ihr auf und übertrug die Liebe zur Mutter auf den Analytiker.

Die Aufgabe der Analyse im zweiten Jahr war das Durcharbeiten der Übertragungswiderstände. Daß diese Arbeit geglückt ist, zeigte ihre Rückkehr zu dem Schriftsteller nach Paris. Sie fuhr regelmäßig zu ihm, verbrachte auch mit ihm die Ferien, war moraliter wie neugeboren, gereinigt und hegte wieder Interesse für Literatur. In einem Traum werden ihr zwei Beine abgeschnitten. Ihren Einfällen nach heißt das, daß die Analyse die sexuelle und die soziale Haltlosigkeit «amputierte». Von nun an ist sie dem Schriftsteller treu geblieben. Er gab ihr durch seine Charakterstärke den nötigen Halt. In einer Reihe von Träumen bearbeitete die Analysandin ihre bereits abgebrochene, schmachvolle Beziehung zu dem Anwalt. In einem dieser Träume benützt er sie – als Metzger – wie eine «Fleischmaschine». Sie bemerkte dazu, daß das Prinzip des Anwalts «Fleisch für Fleisch» war. Darum mußte sie ihm nach jedem Beisammensein ein Beefsteak bereiten. Es war erschütternd anzuhören, wie die Analysandin schrittweise diese «Höll-

periode» ihres Lebens abzutragen und sich den höheren ethischen Prinzipien des Schriftstellers anzupassen versuchte. Als sie von den Ferien, die sie mit dem Schriftsteller verbracht hatte, zurückkam, war sie ein völlig anderer Mensch geworden. Sie holte ihre Tochter zur Mutter und tat alles, um ihr nun eine gute Mutter zu sein. Es tat ihr weh, daß ihre Tochter mit der Großmutter eine innigere Beziehung hatte als mit ihr. Sie fing an, mit der Mutter um die Liebe der eigenen Tochter zu rivalisieren. Die Erkrankung der Mutter bedrückte sie tief. Sie beschäftigte sich mit der Frage, wie hoch sie ihre Triebhaftigkeit sublimieren könnte und ob Rückfälle möglich wären. Sie wollte dem Freund in Paris treu bleiben – auch wenn es ihr schwer fiel. Sie schrieb ihm seine Manuskripte in Maschine; sie wollte von ihm Kinder haben und freute sich, daß er – wie sie selber – ein Halbjuden ist. Sie beschäftigte sich viel mit der Person des Analytikers, wollte so sein wie er; oft identifizierte sie den Literaten mit ihm. Es erscheinen die ersten Zeichen einer Introjektion des Analytikers in den Träumen und Einfällen.

Nun mußte die Analysandin noch das Problem ihrer Homoerotik durcharbeiten, die bei jeder Menstruation sowohl im Wachen wie in den Träumen erschien. In diesem Zusammenhang begann sie, die Beziehung zur Mutter besser zu verstehen. Sie kam selber zu der Feststellung, daß ihre verborgene Bisexualität mit ihrer Haltlosigkeit in einem kausalen Zusammenhang stand. Sie sah ein, daß sie die Mutter wie ein Mann zu lieben wünschte und behauptete, sie werde nie mehr sexuell haltlos werden. Inzwischen bekam sie eine bessere Stelle, in der sie von dem Direktor und den Kollegen geschätzt wurde. Und nun, nach 18 Monaten, kam auch der Tag, an dem sie fröhlich behauptete, sie sei bereits über den Berg. Sie hatte keine ersten Schwierigkeiten mehr mit der Mutter, sorgte für ihr Kind und ertrug die plötzlich auftretende Krankheit des Freundes (Tb) und die Abstinenz gut. Sie liebte ihn immer mehr und glaubte, daß sie ihm niemals untreu sein könnte. Er wurde ihre wahre Stütze. Sie liebte ihren Freund mehr als ihre Tochter. Das allein betrückte sie noch, und sie war mit sich wegen Mangel an Mütterlichkeit unzufrieden. Nun baute ich die Analyse allmählich ab. Nach einer Pause von zwei Monaten meldete sie, daß alles besser gehe, auch mit der Mutter, obwohl diese mit dem Anwalt nach Italien fuhr. Sie arbeitete fleißig in der Schule, wollte wieder zu schreiben anfangen. Zeitweise überfielen sie noch Anfälle von Unzufriedenheit; sie konnte sie aber stets selber überwinden. Ihr Freund konstatierte ihre Fortschritte, und das beglückte sie. Obwohl die Probleme mit dem Freund die nämlichen blieben, wählte sie stets den moralischen Standpunkt der Treue. In den nächsten Jahren besuchte sie mich noch in großen Abständen, meistens wenn sie wieder Angst hatte, rückfällig zu werden. Es gelang aber immer, sie wieder auf die richtigen Geleise zu lenken. Bei ihrem letzten Besuch 1954 kam sie nicht mehr ihretwegen, sondern wegen Berufsproblemen ihrer Tochter. Ich hatte den Eindruck, daß sie in der Tat über den Berg ihrer Akzeptationsneurose und Haltlosigkeit sei. Die Katamnese der letzten *acht* Jahre zeigt keine Rückfälle auf.

\*

Der dargestellte Fall weist auch auf die Psychogenese der sexuellen Haltlosigkeit junger Mädchen hin. Meistens trägt bei ihnen nicht die Hypersexualität, sondern das Fehlen des familiären Haltes, insbesondere die Nichtannahme im Rahmen der Familie und das Nicht-halten-Können eines anderen, die Schuld für ihre

Verwahrlosung. Sie sind in ihrem Kontakttrieb und nicht im Sexualtrieb primär gestört. Beim Manne und bei männlichen Frauen manifestiert sich die Kontaktstörung und die Akzeptationsneurose oft auch in Form einer Sucht. Nicht selten fußt aber die Sucht in der besonderen Form der genuinen Psychopathie, die wir Kontakt- oder Zykluspsychopathie nennen.

#### Kapitel XLIV

### WESEN UND PSYCHOTHERAPIE DER SUCHT- UND DER KONTAKT- ODER ZYKLOPSYCHOPATHIE

*Begriffsbestimmung und Pathogenese.* J. E. STAEHELIN beginnt seine Arbeit über die nichtalkoholischen Süchte (1960) mit der Feststellung, daß das Wort «Sucht» nicht mit «Suchen», sondern mit «siech», also «krank» zusammenhängt<sup>1</sup>. Das so oft bewunderte tiefenpsychologische Urwissen der Sprache hat den Schicksalsanalytiker diesmal um so mehr enttäuscht, da er ja den triebpsychologischen Vorgang der Sucht sowohl klinisch-psychologisch wie auch experimentell darin fand, daß *der Süchtige in der akuten Phase ständig auf die Suche nach einem Halt geht* und das mißglückte Suchen nach einem Anklammerungsobjekt erst in der chronischen Periode aufgibt, in der er sich nur an das Rauschmittel anklammert.

A. *In der Psychiatrie* wurde die Sucht von vielen Aspekten her betrachtet. So betont K. JASPERS, daß die Triebhaftigkeit noch nicht Süchtigkeit sei, aber Triebe könnten dennoch zu Süchten werden<sup>2</sup>. Der Süchtige erlebt die Sucht als fremd und zwingend, ihre Überwindung ist schwerer als die eines Triebes. Der Wiederholungszwang in der Sucht wird insbesondere von V. E. v. GEBSATTEL hervorgehoben, nach dem «jede Richtung menschlichen Interesses süchtig entarten kann»<sup>3</sup>. Nach diesem Autor sind alle Perversionen süchtig, an erster Stelle natürlich Alkoholismus und die Toxikomanie. Man kann aber nach E. und M. BLEULER nur dann einen Menschen Alkoholiker nennen, «wenn ihn der Trunk körperlich oder psychisch bereits gezeichnet hat»<sup>4</sup>. Diese Autoren halten die einfache Trunksucht und den Alkoholismus auseinander, obwohl der letztere die Folge der ersteren ist. Sie verstehen unter «einfacher Trunksucht» Fälle, bei denen die Sucht noch nicht mit den bekannten Vergiftungszeichen kompliziert ist. J. E. STAEHELIN will unter dem Begriff «Toxikomanie» ein leidenschaftliches Begehren nach Gift verstehen, und dieser Begriff soll sowohl die Giftsüchtigen wie auch die Alkoholkranken umfassen. Für den Toxikomanen sind die von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellten Kriterien bezeichnend. Wir zitieren sie nach J. E. STAEHELIN:

<sup>1</sup> STAEHELIN, J. E.: Nichtalkoholische Süchte. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II, S. 340.

<sup>2</sup> JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin und Heidelberg, V. Aufl., 1948, S. 269.

<sup>3</sup> V. GEBSATTEL, V. E.: Zur Psychopathologie der Sucht. Studium Generale, 1. Jg., H. 5, 1948.

<sup>4</sup> BLEULER, EUGEN und MANFRED: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin, IX. Aufl., 1943, S. 231.

«1. Er (der Toxikomane) befindet sich infolge häufig wiederholter Einnahme eines natürlichen oder synthetischen toxischen Stoffes in einem Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, der für ihn oder seine Umgebung eine Schädigung und Gefahr darstellt.

2. Er hat wegen zunehmender Giftfestigkeit (Toleranz) die Neigung, die Dosis des Toxons zu steigern.

3. Er zeigt ein gieriges, zwanghaftes, kaum oder nicht bezwingbares Verlangen nach diesem Toxon.

4. Er kann auf die fortgesetzte Einnahme des Toxons nicht verzichten („Nicht-aufhörenkönnen“), denn

5. er wird psychisch und oft auch körperlich so stark abhängig vom Toxon und seinen Wirkungen, daß er bei plötzlichem Verzicht auf das Gift körperlich in eine Zwangslage, psychisch in eine Notlage gerät<sup>1</sup>.»

In den USA wurde der Alkoholismus nach HULPIEU und HARGER zu einem «nationalen Problem». In der Gesamtstatistik der Vergiftungstodesfälle steht die akute Alkoholintoxikation nach den tödlichen Kohlenoxydvergiftungen an zweiter Stelle. Nach ZURUKZOGLU soll hingegen in Mitteleuropa der Trunksucht als Todesursache keine große Bedeutung zugesprochen werden<sup>2</sup>.

Es wurde bereits erwähnt, daß V. E. v. GEBSATTEL den Weg zum Abgrund der Sucht durch die sexuellen Perversionen «ohne Grenzmarkierung» gezogen hat<sup>3</sup>. Er schreibt: «Das eigentlich ‚Perverse‘ der Süchte besteht in einer ‚Verkehrung‘ des sie bejahenden Werterlebens<sup>4</sup>.» Der Autor sieht das Gemeinsame aller Süchte in der Selbstzerstörungstendenz. «Die negative, die destruktive Möglichkeit zieht an mit der Kraft eines betörenden Zauberglanzes, dessen infernalische Mischung von Grelle und Düsternis, von Süße und Schalheit, von Schwüle und Kälte der Lockung ins Verderben die eigenartige Leuchtkraft und Zugkraft verleiht<sup>5</sup>.» Die Selbstzerstörung ist die Folge der Verzweiflung. Sie steht nach dem Autor hinter jeder Sucht und entsteht daraus, daß *der Süchtige sich selbst nicht annehmen kann*. «Will aber der Mensch sich selbst nicht annehmen, so heißt das, daß er, obschon er *ist*, nicht sein *will* . . .» Diese ungerechtfertigte Daseinsweise drängt «als eine Art des Nichtseins den Daseinswilligen in ihre Richtung, in die Richtung auf das Nichts».

B. In der *Psychoanalyse* hat sich S. FREUD anlässlich der Spielsucht von F. Dostojewski mit deren Psychogenese auseinandergesetzt. Er schreibt: «Das Spiel war ihm auch ein Weg zur Selbstbestrafung . . . Hatte er durch Verluste sich und sie (die Frau) ins äußerste Elend gebracht, so zog er daraus eine zweite pathologische Befriedigung. Er konnte sich vor ihr beschimpfen, demütigen, sie auffordern, ihn zu verachten, zu bedauern, daß sie ihn alten Sünder geheiratet, und nach dieser Entlastung des Gewissens ging das Spiel am nächsten Tag weiter<sup>6</sup>.» Auf Grund der Novelle «Vierundzwanzig Stunden aus dem Leben einer Frau» von ST. ZWEIF führt S. FREUD die Wiederholung im Spielzwang auch auf den Onaniezwang zu-

<sup>1</sup> STAHELIN, J. E.: Zitierte Arbeit, S. 340.

<sup>2</sup> SOLMS, H.: Die Behandlung der akuten Alkoholvergiftung und der akuten und chronischen Form des Alkoholismus. *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. II, S. 295.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu: *Triebpathologie*. Huber, 1952, S. 425–431.

<sup>4</sup> V. GEBSATTEL, V. E.: Zitierte Arbeit, S. 263.

<sup>5</sup> V. GEBSATTEL, V. E.: Zitierte Arbeit, S. 263.

<sup>6</sup> FREUD, S.: Dostojewski und die Vätertötung. *Ges. Schr.* Bd. XII, S. 23.



rück<sup>1</sup>. FREUD ist geneigt, schreibt P. SCHILDER, in der Entziehung des Alkohols jenes Trauma zu sehen, das dem Alkoholiker die Wirklichkeit verleidet. P. SCHILDER betont auf Grund der Arbeiten von ABRAHAM und JULIUSBURGER die Rolle der Homosexualität bei der Entstehung der Sucht. Für den Kokainismus soll nach HARTMANN die Fixierungsstelle ebenfalls in der Homosexualität liegen. Er fand auch Verfolgungsideen bei Kokainisten. SCHILDER weist auch auf die Beziehung zwischen Rausch und Manie und Epilepsie hin. Die Halluzinationen der Süchtigen (Delirium tremens) zeigen inhaltlich einerseits den phallischen Charakter der halluzinierten Tiere, andererseits die beschimpfende Stimme des Ich-Ideals (FREUD), das zu der «homosexuellen» (nur-männlichen) Gesellschaft hinzutritt<sup>2</sup>. P. FEDERN stellt fest, daß die Charakterstruktur Deprimierter und Süchtiger die nämliche sei. *Man kann durch die Sucht die Depression vermeiden (Alkohol, Nikotin)*. Aber die frustrierte Sucht bringt die Depression zurück. Oft steht die passagere Süchtigkeit zwischen den manischen und depressiven Phasen. Interessant ist noch folgende «Lokalisierung des Schmerzes» nach P. FEDERN: «Der Süchtige leidet nicht an sich selbst, wie der Depimierte, und nicht außerhalb seiner selbst, wie der Manische, durch seine Begierde leidet sein Ich entsetzlich<sup>3</sup>.»

C. *Nach der Schicksalsanalyse* ist Sucht eine permanente Prothese für die veruntreute Mutter, für die verlorene Dualunion. Zu dieser Bestimmung der Sucht haben wir 1952 in der «Triebpathologie» ausgeführt, daß das Suchtmittel sei es Alkohol oder Gift, ein Sexual- oder andersartiges Wertobjekt, das man haschend zu genießen oder raffend zu sammeln vermag, sei es Macht oder Ehre, Rache oder Gerechtigkeit, all das immer nur ein tragisches Surrogat ist, eine gemachte Noteinsetzung an Stelle des verlorenen Dualpartners, der Mutter. Der Süchtige ist ein Mensch, dessen seelische Abnormalität sich eben darin manifestiert, daß er keine Unterbrechung in der Verbindung und Berührung mit dem Dualpartner oder dessen Ersatzobjekt (Alkohol, Gift usw.) erträgt. *Süchtige sind u. E. Kontakttriebkranken, also Kontaktsüchtige*. Das Bedürfnis, mit dem Ersatzobjekt ohne Unterbrechung kontinuierlich im Kontakt zu sein, macht also das Wesen der Sucht aus. Wir haben den tragischen Weg zur Sucht 1952 in folgenden Etappen nachgezeichnet:

1. Extrem abnorme Anlage zur dualunionistischen, partizipativen Existenzform.

2. Unfähigkeit zum Ertragen jeglicher, sogar vorübergehender Unterbrechung des Dualstromkreises. Er muß stets geschlossen bleiben. *Furcht vor der Freiheit*. Unfähigkeit zur Abtrennung.

3. Übermäßiger und unstillbarer Drang nach Annahme durch den Dualpartner und nach Ergänzung. Dieser Akzeptationsdrang weist zwei abnorme Merkmale auf. Erstens will der Süchtige unverändert so angenommen werden, wie er eben da ist. Zweitens will er von einer ganz bestimmten Person und von keiner anderen angenommen werden. Diese sture Beharrung macht den Süchtigen sowohl im Charakter wie auch in der Objektwahl, oft auch in der Wahl von Suchtobjekt und Suchthandlung, zur Veränderung unfähig.

4. *Der Süchtige überträgt seine Unfähigkeit, eine Dualunion zu unterbrechen, auf die*

<sup>1</sup> Ebenda: S. 23–26.

<sup>2</sup> SCHILDER, P.: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Internat. Psa. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925, S. 189–195.

<sup>3</sup> FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen, S. 264.

*Suchtbehandlung. Daher das Nichtaufhörenkönnen.* Und nun lebt der Süchtige mit diesem Ersatzobjekt in einer ununterbrochenen Verbindung.

5. *Der Süchtige behandelt sein Suchtmittel wie einen Fetisch.* Er ist an diesen Suchtfetisch unabtrennbar gebunden. Er lebt mit ihm in einer Dualunion wie einst mit der Mutter.

6. Das Gefühl des Nichtangenommenseins wird dem Süchtigen erst allmählich bewußt. Vermutlich introjiziert er die Person, die ihn nicht annehmen wollte, in das eigene Ich. Diese Introjektion zwingt ihn, sich selber nicht mehr anzunehmen.

7. Die Rolle des Selbstzerstörungsdranges in der Sucht wurde zuerst von FREUD betont<sup>1</sup>. Das Sich-selbst-nicht-annehmen-Können wie auch die Auto-destruktion sind aber niemals die primären Kernvorgänge der Sucht. Sie sind die Folgen der Introjektion des die Person nicht annehmenden Dualpartners.

8. Mit der Zeit kann auch die Selbstsabotage bewußt werden und führt zur Entwertung aller Werte, inbegriffen die der eigenen Person. Nur der Suchtfetisch als Ersatz für den Dualpartner behält seinen Wert bis zum Tode. So erlangt das Suchtmittel und die Suchthandlung die allein herrschende Macht über die Person. Sie lebt nur für diesen Fetisch. Denn er allein kann ihr die veruntreute Dualunion, die versagte Umarmung, die ununterbrochene Dauer einer zeitlosen Seligkeit vortäuschen, in der sie «aus der lebensimmanenten Zeit» hinausgetreten ist<sup>2</sup>.

Der psychologische Hintergrund der Sucht wurde auch von Psychiatern betont. So suchte J. E. STAEHELIN den seelischen Grund der Sucht in dem überstarken Bedürfnis nach Selbstverwandlung. Er schreibt: «Viele möchten sich so verändern, daß sie Hemmungen, Müdigkeit, Schmerzen, innere Leere oder Langlei- weile, quälende Unruhe oder andere Ursachen von Unlustgefühlen verlieren, ihre Stimmung und Leistungsfähigkeit heben. Andere möchten im Rausch oder Dämmerzustand eine im Alltag nie erlebte Steigerung ihres Selbstgefühls bis zur Allmächtigkeit erleben. Wieder andere wollen sich und ihre Nöte und Entbehrungen vergessen in einem Zustand apathischer Schläfrigkeit und Betäubung oder des Tiefschlafes als eines Todesersatzes<sup>3</sup>.» Diese Suchtmotive fußen aber u. E. alle auf dem gemeinsamen Schicksal des «Abgenabeltseins von der Mutter», und alle sind nur Prothesen für die verlorene Einheit mit der Mutter. *Eben deshalb müssen wir die Sucht für ein ubiquitäres, allmenschliches Schicksal des Menschen erachten.* Jeder Mensch hat in der Tat irgendeine «Gewohnheit», der er süchtig-zwanghaft ewig-wiederholend frönt. Der Mensch muß eine Sucht entwickeln, weil er den Udrang, sich an die Mutter anzuklammern, von der Geburt bis zum Tode ewig und unbefriedigt in sich fühlt. *Unsere Süchte sind alle Derivate der allmenschlichen «Muttersucht».* Die Art der Wahl des Suchtobjektes bestimmt die Grenzen zwischen der physiologischen und der pathologischen Süchtigkeit. Aus dieser Sicht ist das Streben verständlich, den Begriff der Sucht immer weiter auszudehnen. Wir zitieren J. ZUTT, der jegliches Spielen mit der Gefahr zur Sucht zählt: «Immer wenn ein Mittel oder Tun nicht mehr seinem eigentlichen Zweck und Ziel gemäß verwandt wird... wenn es Selbstzweck wird, sind wir an der Grenze, wo gewohnheitsmäßiger Gebrauch zur Sucht werden kann<sup>4</sup>.» Mit Recht fügt J. E. STAEHELIN hinzu, daß auch

<sup>1</sup> FREUD, S.: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr. Bd. XII, S. 7.

<sup>2</sup> Triebpathologie, Bd. I, S. 415-430.

<sup>3</sup> STAEHELIN, J. E.: Zitierte Arbeit, S. 340.

<sup>4</sup> ZUTT, J.: Zitiert nach J. E. STAEHELIN, S. 341-342.

die Arbeit zur Sucht werden kann. A. MITSCHERLICH versucht sogar den Diabetes insipidus als psychisch bedingte «Trinksucht» darzustellen<sup>1</sup>.

Die genetische Ätiologie der Sucht war stets ein Zankapfel zwischen den Nur-Psychogenetikern und den Nur-Erbforschern. Die Objektiven – wie v. VERSCHUER – leugnen nicht die Existenz eines «Umweltalkoholismus», der zumeist durch Trinksitten, Berufe (Gastwirte, Brauknechte) bedingt wird. Nach einer Zusammenstellung von O. v. VERSCHUER sollen etwa zwei Drittel aller Alkoholiker Psychopathen und 10% Epileptiker, Schwachsinnige und Depressive sein. Die neuesten Familienforschungen von AMARK (1951) in Schweden fanden 25% Alkoholiker bei den Brüdern und Vätern von Alkoholikern. Die Erbanlage zur Suchtart scheint spezifisch zu sein. In der Sippschaft von Alkoholikern wurden nur Alkoholiker, in der von Morphinisten nur Morphinisten wiedergefunden (3–4% gegenüber 1:10 000 der erwachsenen Bevölkerung nach POHLISCH, 1934). Auch die Art der Psychopathie soll nach O. v. VERSCHUER bei Alkoholikern spezifisch sein. So insbesondere wurden Reizbare und Explosive (d. h. Paroxysmale), Depressive und Haltlose (d. h. Kontaktpsychoopathen) und Willensschwache unter den psychopathischen Alkoholikern gefunden<sup>2</sup>.

Der Zwiespalt zwischen der Psycho- und Erbgenese der Sucht fußt natürlich auf dem Umstand, daß Psychoanalytiker keine Sippenforschung und Humangenetiker keine Psychoanalyse machen. Die Schicksalsanalyse ist derzeit die einzige Richtung, welche beide Forschungstechniken beherrscht und praktisch ausübt. Vom Aspekt der Schicksalsanalyse her steht die Erfahrung im Vordergrund, daß die Krankheitswahl – hier also die Wahl der Sucht und ihres Mittels – streng erbbedingt ist. Die Manifestierung einer psychischen Erkrankung kann aber nur durch Umweltsfaktoren ausgelöst werden. Wo in einer Familie irgendeine Kontaktpsychose (Zyklophrenie) oder Akzeptationsneurose (Zykloneurose) oder zirkuläre Psychopathien (Zyklopathien) gehäuft auftreten, dort finden wir stets auch Süchtige. Die Auslösefaktoren der Sucht sind nach unseren Erfahrungen die nämlichen wie die bei den Zyklophrenien, -neurosen oder -psychopathien: nämlich das Nichtangenehmensein.

Die klinischen Formen der Sucht zeigen einerseits eine Abhängigkeit vom Alter, andererseits eine spezielle Beziehung zu der jeweils dominierenden Triebnatur der Person. Wir haben dies bereits 1952 in der Triebpathologie folgenderart zusammengestellt<sup>3</sup>:

### *Ordnung der Suchtformen nach den Altersphasen*

#### *Erste Phase: die kindlichen Süchte:*

1. Ekzessives und hinziehendes (protrahiertes) Lutschen; Lutschsucht.
2. Ekzessive Onanie; Onaniesucht.
3. Protrahiertes Bettnässen, In-die-Hosen-Machen (Koprophilie).
4. Sammelsucht.

Diese infantilen Suchterscheinungen finden wir fast stets in der Vorgeschichte von haltlosen Psychopathen und Suchtkranken. Sie sind infantile und regressive

<sup>1</sup> MITSCHERLICH, A.: Vom Ursprung der Sucht. Klett, Stuttgart, 1947.

<sup>2</sup> v. VERSCHUER, O.: Genetik des Menschen, 1959, S. 343.

<sup>3</sup> Triebpathologie, S. 424–425.

Ersatzbildungen für die verlorene Dualunion, für die Nichtannahme durch die Eltern.

*Zweite Phase: die Pubertätssüchte:*

In der Pubertät sucht sich der Junge zumeist Perversions- und Inversionsprothesen oder aber Erwerbungsüchte für die entbehrte Annahme und Dualunion.

1. Gewaltsucht; Sadismus.
2. Leidensucht; Masochismus.
3. Wut- und Rachsucht.
4. Stehlsucht; Kleptomanie.
5. Lügensucht; Mythomanie.
6. Homosexuelle Exzesse, zumeist mit Kleptomanie.
7. Wandersucht; Poriomanie.

*Dritte Phase: Süchte der Erwachsenen:*

1. Sexuelle Haltlosigkeit, Mannstollheit (Nymphomanie) bei der Frau, Donjuanismus bis zur Satyriasis beim Manne.
2. Trunksucht.
3. Giftsucht (Narkomanie).
4. Spielsucht.
5. Sammelsucht.
6. Kaufsucht (Oniomanie).

Die Klinik (Symptomatologie) des Alkoholismus und der Toxikomanie findet man in allen psychiatrischen Lehr- und Handbüchern.

*Psychotherapie der Sucht.* Man kann in schweren Fällen von Süchtigkeit die medikamentösen Behandlungen nicht ausschalten. Diesbezüglich verweisen wir auf die neuzeitliche Literatur<sup>1</sup>. Hier müssen wir uns auf die Psychotherapie beschränken.

I. *Die psychagogische, fürsorgliche Behandlung bzw. Führung* findet ihre Domäne bei den sogenannten Gewohnheitstrinkern ohne eigentliche neurotische Probleme. H. SOLMS betont, daß die Wahl der Persönlichkeit des Therapeuten oder Fürsorgers ihm bei Süchtigen wichtiger zu sein scheint als die der Behandlungsmethode. Er strebt eine großangelegte Gemeinschaftsarbeit zwischen Arzt, Fürsorgern und Helfern zusammen mit der Familie des Kranken, mit seinem Arbeitgeber, mit alkoholgegnenden oder Selbsthilfeorganisationen und – wo nötig – auch mit den zuständigen Behörden an. Die Partnerwahl der Alkoholiker ist häufig ein Hindernis der Psychagogik. Alkoholiker wählen oft ältere, männliche, dominierende Frauen, die selber abstinent sind, aber unbewußt von Alkoholikern angezogen werden. Sie brauchen oft die Sucht des Mannes, um «oben» bleiben zu können. Oft provozieren sie auch unbewußt Situationen, denen der Gatte nur mit Hilfe der Sucht entgehen kann. *Nach der Schicksalsanalyse wird diese Wahl durch genotropische Kräfte, d. h. durch die Gleichheit der latenten Anlage der Partner zur Kontaktstörung, inklusive zur Sucht, bedingt.* Wir konnten in der Tat mehrere Stammbäume aufnehmen, in denen die abstinente Tochter eines Alkoholikers einen Mann zum

<sup>1</sup> SOLMS, H.: Die Behandlung der akuten Alkoholvergiftung und der akuten und chronischen Formen des Alkoholismus (mit Schrifttum). Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II, S. 295 ff.

Tab. 22. Ordnung der Suchtformen nach Triebstrebnungen. Sucht und Trieb

Triebe ↓	Suchtart Strebnung ↓	Besondere Suchtbandlungen	Besondere suchtartige Charaktermerkmale
<i>Sexual-Trieb</i>	a) Personenliebe	a) Liebessucht, Erotomanie, Mannstollheit = Nymphomanie, Weibstollheit = Satyriasis	a) Schürzenjägerei
	b) Menschheitsliebe	b) Kultursucht, Gemeinschaftssucht	b) Ästhetenhafter Lebensstil, Kulturnobismus
	a) Sadismus	a) Zerfleischungs-, Zerstörungssucht: Sadomanie	a) Arbeitseifer und Arbeitswut, Aktivitätsdrang, Draufgänger
	b) Masochismus	b) Leidenssucht, Opfersucht, Selbsterstörungssucht = Masochismus, Spielsucht (nach FREUD)	b) Trägheit, Unterwürfigkeit, Servilität
<i>Paroxysmal-Trieb</i>	a) Gewissen	a) Wahrheits-, Gerechtigkeits-sucht, Betsucht	a) Ethisches Pathos, Pietismus
	b) Kain	b) Wutsucht, Rachsucht, Haß-sucht, Pyromanie	b) Neid, Eifersucht, Jähzorn, Rachgier
	a) Sich-Zeigen	a) Geltungssucht, Exhibitions-sucht, Ruhmsucht	a) Eitelkeit, Koketterie
	b) Sich-Verbergen	b) Lügensucht, Mythomanie	b) Schamhaftigkeit
<i>Ich-Trieb</i>	a) Bejahen, Haben	a) Habsucht, materielle Macht-sucht, Allmachtsucht, Selbst-sucht	a) Habgier, Egoismus, Narziß-mus, Ehrgeiz, Egozentrizität, Formalismus
	b) Negieren	b) Entwertungssucht, Destruktionssucht	b) Alles-verneinen-Müssen, Nichts-anerkennen-Können
	a) Inflation, Sein	a) Persönliche und ideale Bemächtigungssucht, Rivalisierungssucht	a) Selbstbesessenheit, Schwär-merei, Leidenschaftlichkeit, Verehrungsdrang, Enthusias-mus
	b) Projektion	b) Beschuldigungssucht, Prozeßsucht (Pseudoqueru-lanz), Giftsucht	b) Mißtrauen, Selbstunter-schätzung
<i>Kontakt-Trieb</i>	a) Suchen	a) Erwerbungs-sucht, Stehl-sucht, Spielsucht, Kaufsucht	a) Ewiges Suchen, Unstetig-keit, Untreue, Verschwen-dung
	b) Kleben	b) Sammel- und Raffsucht, Schmutzsucht = Kopro-philie	b) Sparsinn, Beharrung, Treue
	a) Orale Anklam-merung	a) Trink-, Eß-, Schwatzsucht, Giftsucht, Akzeptations-sucht, Kontaktsucht	a) Freßgier (Völlerei), Genuß-gier, Launenhaftigkeit
	b) Ablösung	b) Abtrennungssucht, Sper-rungssucht (Verwahrlosung)	b) Einsamkeit

Gatten wählte, der in der Ehe Alkoholiker wurde oder bereits vorher trank. H. ELLENBERGER wies auf einen Fall hin, in dem eine Frau – Tochter eines Alkoholikers – zuerst einen Alkoholiker geheiratet hatte. Nach der Scheidung wählte sie als zweiten Mann einen abstinenten «Blaukreuzler», der dann in der Ehe Alkoholiker wurde. CL. NACHIN fand in seinem großen Material (700 Fälle) aus der Region Lyon in 26% *genotropistische Faktoren am Werke*<sup>1</sup>. Die genotropische, starke Bindung der Alkoholikerpartner ist somit oft eine Hemmung der Therapie. Die innere Umstellung der Kranken, die Neuorientierung an echten Lebensaufgaben, das Suchen nach bleibenden Werten, das Wecken eines Verantwortungsgefühls, Selbstkritik und Selbstbehauptung sollten nach J. E. STAEHELIN<sup>2</sup> die Zielsetzungen in der Psychagogik von Alkoholikern und Toxikomanen sein. Diese Arbeit stellt aber den Therapeuten vor Schwierigkeiten, die er – leider – allzu oft nicht zu lösen vermag. Dennoch sollte man den Versuch wagen; er kann aber nur nach Abklingen des toxischen Prozesses und nach Totalabstinenz beginnen.

II. *Die lange psychoanalytische Behandlung* bei Alkoholikern brachte große Enttäuschungen, obwohl sie über die Psychogenese interessante Daten lieferte (KNIGHT, MENG, RADO, HIGGINS, MATTE BLANCO, DUCHÊNE usf. zitiert nach H. SOLMS). Als Hauptursache des Versagens der Psychoanalyse bei Süchtigen wird ihre Unfähigkeit erwähnt, Spannungen zu ertragen, ferner die störende Intensität der Abhängigkeitswünsche. Alkoholiker sind unfähig, die Behandlungsregel FREUDS einzuhalten, nach der die Analyse in der Versagung durchgeführt werden muß. Nach meiner Erfahrung attackieren süchtige Frauen in ihrer Enthemmtheit den Analytiker mit ihren sexuellen Ansprüchen so sehr, daß dies die Analyse unmöglich machte. Ferner lügen sie maßlos und sind unfähig, die Stunden genau einzuhalten. Süchtige Männer, die ich analytisch zu behandeln versuchte, waren in ihren aktuellen homosexuellen Verbindungen so sehr engagiert, daß die Übertragung auf den Analytiker zu oberflächlich war. Ihr Verhalten in der Analyse war überwiegend agierender und nur selten erinnernder Natur. Die analytische Behandlung hat bei Süchtigen dann eine Chance, 1. wenn sie in einer Anstalt unter strenger Kontrolle geführt werden kann, 2. wenn sie auch medikamentös unterstützt wird. P. FEDERN<sup>3</sup> nennt als Ziel der Behandlung bei Süchtigen, daß sie den seelischen Schmerz zu ertragen und zu erleiden erlernen. Unsere Zielsetzung geht dahin, daß der Süchtige sich mit dem Alleinsein, dem Abgetrenntsein versöhnt und seine krankmachende Triebhaftigkeit im Beruf sozialisiert. Auch NACHT, LEBOVICI, SOLMS halten eine klassische psychoanalytische Behandlung bei Süchtigen nur selten indiziert und wenn, so in den Fällen, wo die Sucht auch mit einer schweren Neurose einhergeht, die schon vor der Süchtigkeit unerträgliche Konflikte verursacht hatte. Unser nachfolgender Fall soll dazu als Beispiel dienen.

*Fall 57. Schicksalsanalyse eines Morphinisten und Fetischisten.* Der 55jährige Patient lebt in den Vereinigten Staaten, wohin sein Vater vor etwa 60 Jahren aus Deutschland ausgewandert ist. Er hat eine gute Praxis als Geburtshelfer.

Der Vater war ein religiöser Methodist, der sich aus eigenen Kräften vom ein-

---

<sup>1</sup> NACHIN, CL.: *Investigations préliminaires a une étude scientifique de l'alcoolisme psychiatrique.* Nouvelle Lyonnaise, Lyon, 1957, p. 54.

<sup>2</sup> STAEHELIN, J. E.: *Nichtalkoholische Süchte.* Psychiatrie der Gegenwart, S. 340 ff. (mit Literatur).

<sup>3</sup> Zitiertes Buch, S. 264–265.

fachen Arbeiter zum Fabrikanten und Millionär heraufgearbeitet hat. Noch mit 70 Jahren war er tatkräftig und unternehmungslustig. Ein realistischer Mensch mit einem Willen aus Eisenbeton.

Die Mutter war träumerisch, unreal; ihre Natur war der des Vaters entgegengesetzt, sie war weltfremd, verschlossen, introvertiert und konnte sich sogar den eigenen drei Kindern nicht hingeben, sie war in ihrem narzißtischen Ich-Kerker völlig verpanzert.

Bruder und Schwester wurden mit dem Probanden von Nursen erzogen. Patient lebte in der Vorstellung, er sei aus Einsamkeit und Verlassenheit ein Süchtiger geworden. Schon als Kind, behauptet er, sei er süchtig gewesen. Er wurde von der Mutter nie gestillt und lutschte bis zum siebenten Jahr. Mit dieser Lutschsucht begann sein süchtiges Schicksal. Die zweite Lusthandlung, die Onanie, wurde ebenfalls exzessiv betrieben und erreichte allmählich die unbezwingbare Stärke einer Sucht. Dieser Onaniesucht frönt er noch heute, und sie bringt ihn oft in die Verzweiflung. *In der Pubertät wollte er eine Frau und kein Mann sein.* Er identifizierte sich völlig mit der Mutter und Schwester, haßte alles, was männlich-aktiv, realistisch-positivistisch ist.

Er onanierte seit dem 15. Jahr mit der Phantasie, er sei eine Frau. Das erste Erlebnis, welches zur Onanie führte, war für sein späteres Schicksal ausschlaggebend. Er stand am Fenster und schaute auf die Straße herab, wo eben ein Gewitter ausbrach. Plötzlich hob der Wind den Rock einer Frau in die Höhe, und er erblickte erstarrt und fasziniert die Unterhose der Frau, die auf der Straße mit dem Gewitter kämpfte. Diese Szene erregte ihn zum erstenmal zur Onanie. Von nun an onanierte er stets mit der Phantasie, er selbst hätte die fatale Damenhose an. Später stahl er eine Unterhose von der Schwester, zog sie an und onanierte leidenschaftlich. Oft dachte er an die Unterröcke seiner Mutter, die aber für ihn stets Tabu blieben. Die weibliche Unterhose wird sein Fetisch, den er seither zur sexuellen Erregung nicht entbehren kann. Zu dieser Zeit quälten ihn Todesängste. Oft hatte er Angst, die Mutter könnte sterben. Er wird Arzt, Gynäkologe, da er sich nur in Damengesellschaft wohlfühle. Männer interessieren ihn gar nicht.

Er heiratete zweimal. Die erste Frau war so tatkräftig wie sein Vater. Die Ehe ging nicht, da die Frau seinen Fetischismus nicht ertrug. Die zweite Frau war zärtlich-verstehend, mild wie seine Schwester; diese Frau liebte er sehr. Beide Ehen blieben kinderlos.

Die Narkomanie begann zur Zeit der ersten Ehe, in der er stets unglücklich war und stets zur Onanie mit dem Unterhosenfetisch zurückkehren mußte. Dieser Rückfall deprimierte ihn, und in seiner Verzweiflung darüber, daß seine Frau ihn, so wie er war, nicht annehmen konnte, griff er zur Spritze. Als die Narkomanie ihn dann arbeitsunfähig machte, zog er sich in eine Klinik zurück, in der er sehr rasch entwöhnt wurde. Nach der Rückkehr in die Praxis fiel er aber sehr bald wieder dem Morphium zum Opfer. Er mußte sich jährlich zwei-, dreimal einer Entwöhnungskur unterwerfen.

Die Narkomanie begann immer mit einer Depression, die stets der Ausschweifung in den Fetischismus folgte. Er lebte in einem Wirbel, aus dem er nicht mehr hinauszuschwimmen vermochte. So kommt er nach Europa und beginnt eine Schicksalsanalyse. Er ist sich dessen bewußt, daß er eine erbgemäße Suchtanlage hat. Er faßt auch selbst das protrahierte Lutschen, die Onanie, den Fetischismus

als verschiedene Manifestationen dieser Suchtkrankheit auf. In der Analyse wurde er sich aber dessen bewußt, daß er latent homosexuell ist, daß er unbewußt stets eine Frau sein und im Sexus vom Partner als Frau und nie als Mann angenommen werden wollte. Eben diesen Wunsch konnte er nie befriedigen und mußte deshalb wieder und wieder zur Onanie mit einem Fetisch zurückkehren.

Die Wahl des Fetischs ist sicher die Folge einer «Ad-hoc-Introjektion» in der Pubertät zur Zeit des Gewittererlebnisses am Fenster. Wie weitgehend aber diese Fetischwahl im familiären Unbewußten schon vorgebildet war, erhellt aus der Tatsache, daß sein Vater in Amerika zuerst eine Damenunterhosenfabrik gründete und erst später Automobilfabrikant wurde. Die Beziehung der «Fabrikwahl» des Vaters und «Fetischwahl» des Sohnes wurde erst in der Analyse bewußt und ermöglichte allmählich dem Patienten, den Weg zur Identifizierung mit dem Vater anzutreten. Von nun an wurde er augenscheinlich im Benehmen männlicher und entschloß sich zu einer wissenschaftlichen Tätigkeit. Als Thema wählte er den Kampf gegen die Trunksucht und Narkomanie.

Nach etwa einem Jahr kehrte er in die USA zurück. Die ersten brieflichen Mitteilungen über seine wissenschaftlichen Erfolge durch Vorträge über die Süchtigkeit waren sehr positiv. Allmählich blieben aber die Briefe aus. Wir vermuten, daß die Sublimation doch nicht gelungen ist.



# SCHLUSSWORT

## ZUR BÜCHERFOLGE DER SCHICKSALSANALYSE

### *Rückblick*

Mit dem vorliegenden fünften Buch ist die Bücherfolge über das menschliche Schicksal abgeschlossen.

Die erste, vorläufige Mitteilung erschien 1937 unter dem Titel «Contributions to Fate Analysis. Analysis of Marriages. An attempt at a theory of choice in love»<sup>1</sup>. Seither sind 25 Jahre vergangen. In diesen Jahren (1937–1962) untersuchte ich das menschliche Schicksal als ein medizinisches und psychologisches Problem im Lichte der I. *Genetik*, II. *Diagnostik*, III. *Pathologie*, IV. *Ich-Psychologie* und V. *Therapie*.

Oft wurde ich vor die Frage gestellt: Wieso kommt ein Arzt dazu, ein derart «mystisch-mythologisches» Ding wie das Schicksal des Einzelnen, für das sich nur Tragödiendichter, Philosophen und höchstens noch Astrologen interessieren, als ein ernstes medizinisches und psychologisches Problem zu behandeln? Das Schicksal ist doch kein menschliches Organ, welches man auskultieren, perkutieren, sondieren oder wie eine Lunge durchleuchten kann. Es ist aber auch kein Lebensvorgang, den man erbbiologisch verfolgen, klinisch diagnostizieren, pathologisch rekonstruieren, ich-psychologisch verstehen und ärztlich behandeln könnte.

Ich war und blieb anderer Meinung. Betrachten wir nämlich die Sonderheit des Menschen in einem höheren, dreidimensionalen Bezugssystem von Geschichte, Leben und Schicksal, so kommen wir zu folgenden Behauptungen:

Erde und Meer haben nur Geschichte. Tier und Pflanze leben unbewußt, neben ihrer Gattungsgeschichte, über die sie nichts wissen, ihr eigenes vegetatives Dasein. Sie haben noch kein Schicksal. Der Mensch allein ist Träger von Geschichte, Leben und Schicksal<sup>2</sup>. Er allein vermag, nicht nur seine Ahnenvergangenheit und noch dazu sein persönliches Leben bewußt zu machen, sondern auch eine bestimmte Existenzfigur seiner familiären Vergangenheit und ein Stück seiner faktischen Lebensmöglichkeit als sein eigenes Schicksal ich-haft zu wählen und zu seiner persönlichen Existenzform zu prägen. Von allen Lebewesen trägt er allein bewußt ein Schicksal.

*Schicksal ist somit Wahl. Denn: Wahl macht Schicksal.* Als Wahlhandlung kann aber das Schicksal sowohl gesund wie auch krank sein. Schicksalskranke sind für uns wahlkranke Menschen. Sie haben ihre eigene Genetik, Diagnostik, Pathologie, ihre eigene Ich-Psychologie und Therapie. Dieser Einsicht entstammten die fünf Bücher der Schicksalsanalyse.

Es wäre natürlich interessant, die Entstehungsgeschichte der Schicksalsanalyse als «die Schicksalsanalyse eines Schicksalsanalytikers» ausführlich darzustellen. Einstweilen muß ich darauf verzichten. In diesem Rückblick sei mir den-

<sup>1</sup> Acta Psychologica. Edita G. Revesz. Martinus Nijhoff, The Hague, 1937, vol. III, no. 1.

<sup>2</sup> Mensch und Schicksal. Wissenschaft und Weltbild. Verlag Herold, Wien, 7. Jg., Heft Januar-Februar, 1954.

noch erlaubt, jene drei persönlichen Erlebnisse kurz zu erwähnen, die die erörterte «Idee» des Schicksals als Wahl, wie auch die Revision des alten Schicksalsbegriffes – von Heimarmene-Ananke, oder fatalitas-necessitas – anregten und neben dem Zwangsschicksal auch die Möglichkeit eines Freiheitsschicksals wahrscheinlich machten.

*Das erste Erlebnis:* Der Gedanke der Wahlsprache des Unbewußten tauchte in mir sehr früh – 1911 – auf. Ich war damals knapp nach dem Abitur, also 18 Jahre alt, las leidenschaftlich die Werke Dostojewskis, und beim Lesen der Romane «Schuld und Sühne» und «Die Brüder Karamasoff» fragte ich mich zum ersten Male: Warum hat Dostojewski zu seinen Romanhelden mit Vorliebe eben Mörder und Heilige gewählt? Zum Glück konnte ich zu dieser Zeit (1911) die Arbeit S. FREUDS über «Dostojewski und die Vätertötung» noch nicht lesen, da sie erst im Herbst 1928 als einleitende Studie des Bandes «Die Urgestalt der Brüder Karamasoff» erschien<sup>1</sup>. So entwickelte ich mit der Kühnheit eines jungen Mannes eine eigene Theorie, die damals etwa so lautete:

Dostojewski konnte und mußte das Seelenleben von Mördern und Heiligen darstellen, weil er den Mörder und den Heiligen in sich, in seinem familiären Erbgut verborgen, trug. Er selbst war ein latenter Mörder und Heiliger. Diese latenten Mörder- und Heiligennahmen projizierte er unbewußt in die Seele seiner Helden.

Damals war ich von der Richtigkeit meiner Idee so überzeugt, daß ich im Rahmen eines intimen Literatenkreises meine Theorie vorzutragen wagte. Die Wirkung meiner Theorie über die «Themen- und Heldenwahl der Romanschriftsteller» war die nämliche, die ich 26 Jahre später nach der Erscheinung der «Analysis of Marriages» erlebte. Für einige erschien meine Idee als Ausdruck der reinsten Wirklichkeit, für die sie sich wie Besessene leidenschaftlich einsetzten. Für die anderen war sie die grauenhafte Ausgeburt eines Wahnsinns. Ich zog schon damals – 1911 – die gleiche Konklusion wie später. Ich war der Meinung, daß die Auffassungen deshalb so weit auseinandergingen, weil ich mit dieser Wahltheorie etwas Ungeahntes und Peinliches, etwas geradezu Unerträgliches in den Menschen angerührt hatte, was man eben aus diesem Grunde weiter verfolgen sollte.

Ich fand meine Jugendidee in bezug auf die Heldenwahl Dostojewskis viele Jahre später bestätigt durch den russisch-französischen Biographen H. TROYAT<sup>2</sup>.

Auf Grund der Familienforschung ermittelt man unter den Vorfahren Dostojewskis Verbrecher, Mörder und Heilige.

Raphael Ivanovitsch Dostojewski, ein Ahn des Schriftstellers, wurde wegen Gaunerei und Unterschlagung öffentlichen Geldes angeklagt. Marie Dostojewski ließ ihren Mann von einem Individuum, das in ihrem Sold stand, erschießen, als jener aus der Badestube kam. Sie ließ die Türen verstellen, als der Unglückliche mit seiner Faust an die Tür schlug, und wie man ihr die Leiche ihres Mannes auf einer Tragbahre ins Haus bringen wollte, schrie sie: «Tragt ihn zum Teufel» (Akten, hsg. von der Kommission zur Wiederherstellung der alten standesamtlichen Dokumente, Bd. XVIII). Dieselbe Marie Dostojewski bedrohte auch ihren älteren Sohn. Er flüchtete und ließ eine Untersuchung eröffnen, die mit dem Todesurteil der Furie schloß. Dies geschah im Jahre 1606. Ein anderer Ahn, Shashny Dostojewski, und dessen Sohn nahmen 1634 an der Ermordung eines

<sup>1</sup> Hg. von FRITZ ECKSTEIN, und RENÉ FÜLÖP-MILLER. Verlag R. Piper & Co., München, 1928.

<sup>2</sup> TROYAT, H.: Dostoïevski. Fayard, Paris, 1940, S. 15–18.

Militärstarosten teil. Ein Philipp Dostojewski wurde 1649 wegen blutiger Streifzüge und organisierter Plünderungen auf den Gütern seiner Nachbarn angeklagt.

Neben Mördern und Dieben finden wir aber in der Ahnenreihe des Schriftstellers Richter, Mönche, Priester und Visionäre. Ein Akindy Dostojewski stand sogar in Kiew im Rufe der Heiligkeit.

Dem Beispiel seiner Ahnen folgend war Michael Andrejewitsch Dostojewski, der Vater des Schriftstellers, vorerst zum Priesterberuf bestimmt. Es war ein Skandal, als der 15jährige Jüngling sich der Medizin widmete. Später wurde er Arzt am Armenhospital, und am Ende seines Lebens gab er sich völlig dem Trinken und dem haltlosen Geschlechtsleben hin, bis er dann von einem Leibeigenen getötet wurde.

In der Ahnenreihe Dostojewskis figurieren demnach in der Tat Mörder und Heilige. Meine Jugendidee, nach der Dostojewski selbst ein «latenter Mörder und Heiliger» war und deswegen Mörder und Heilige als Helden seiner Romane «gewählt» hat, ist auf Grund dieser genealogischen Daten nicht mehr so unglücklich, wie sie beim ersten Hören zu sein schien.

Ähnlich steht es mit BALZAC, der in einer ganzen Reihe seiner Romane einen Mörder, die Gestalt Vautrins, immer wieder auftreten läßt. Man hat den Eindruck, daß er diesen Mörderhelden einfach nicht loswerden kann. In einer Biographie Balzacs von Sr. ZWEIG lesen wir: «Im selben Jahr 1819, da Honoré die Universität verläßt, wird der 54jährige Bruder seines Vaters verhaftet unter dem Verdacht, ein schwangeres Dorfmadchen ermordet zu haben, und nach einem aufsehen-erregenden Prozeß im nächsten Jahr guillotiniert<sup>1</sup>.»

\*

*Das zweite Erlebnis* datiert aus dem Jahr 1916, in dem ich im ersten Weltkrieg als Sanitätsleutnant in Wien in einem Spital meine Rekonvaleszenzzeit verbrachte. Als 23jähriger Mediziner hörte ich die Vorlesungen von Wagner-Jauregg. In Wien faßte ich eine Neigung zu einer Sprachlehrerin, die blond, sächsischer und arischer Abstammung war. Eines Nachts erwachte ich aus einem Traum, in dem meine Eltern über das traurige Schicksal meines ältesten Halbbruders diskutierten. Dieser hatte mehr als 30 Jahre vor mir auch Medizin in Wien studiert, sich auch in eine Sprachlehrerin verliebt, die auch blond, sächsischer und arischer Abstammung war. Er mußte sie heiraten und die medizinische Staatsprüfung aufgeben. Seine Ehe war nicht glücklich. All dies geschah noch vor meiner Geburt.

In dieser Nacht ist mir schlagartig bewußt geworden, daß ich unbewußt das Schicksal meines Halbbruders wiederholte. Nun lehnte ich mich aber energisch gegen diesen Zwang des Schicksals auf. Ich wollte mein eigenes, persönliches Schicksal haben und nicht ein Dagewesenes zwangshaft wiederholen. Am Morgen verließ ich Wien und kehrte zum Regiment zurück.

In diesem persönlichen Traumerlebnis brach sich ein weiterer Grundsatz der Schicksalsanalyse seine Gedankenbahn: die Feststellung, daß das Schicksal zwei Grundformen haben kann: 1. *das Zwangs-* und 2. *das Freiheitsschicksal*. Ursprünglich ist Schicksal in der Tat ein unbewußter Wahlzwang des Erbes; das Ich kann sich aber gegen das Erbe auflehnen und sich so vom Zwangsschicksal befreien. Diese Befreiung schlägt – wie auch in meinem Fall – nicht immer den humansten

---

<sup>1</sup> ZWEIG, St.: Balsac. Bermann-Fischer-Verlag, Stockholm, 1946, S. 13.

Weg ein. Die Überwindung des Zwangsschicksals verursacht oft Schmerzen und Wunden. Daraus entstand später die These: Die bewußte Wahl zwischen Zwang und Freiheit bestimmt die Form des Schicksals.

\*

*Das dritte Erlebnis* beschrieb ich ausführlich im ersten Buch dieser Reihe «Schicksalsanalyse»<sup>1</sup>. Zu jener Zeit war ich schon praktizierender Arzt. Da kam eine junge Frau in meine Sprechstunde, die nach mehreren Jahren ihrer Ehe zwangshafte Vergiftungsideen entwickelte. Als ich ihr zur Beruhigung sagte, daß ich eine ältere Frau mit den gleichen Zwangsgedanken behandelte, teilte ihr Mann mit, daß diese Frau seine eigene Mutter sei. Von ihrer Krankheit wußte aber die junge Frau nichts.

Nun fragte ich mich: Warum hat sich dieser junge Mann gerade in jene – und in keine andere – Frau verliebt, die später von denselben Zwangsgedanken gequält wurde wie seine eigene Mutter? Ich nahm an, daß im familiären Unbewußten des Mannes und der Frau die gleiche krankhafte Anlage latent vorhanden war, die bei beiden die Partnerwahl bedingte. Erst nach diesem Fall begann ich die Analysen von Ehepartnern und machte 1937 die erwähnte vorläufige Mitteilung.

Das erste persönliche Erlebnis führte mich also zur Idee des «Operotropismus». Dem zweiten verdanke ich die Konfrontierung mit den beiden Grundformen des menschlichen Schicksals: dem «Zwangs- und dem Freiheitsschicksal». Aus dem dritten Erlebnis entstand im besonderen der Gedanke des «Libidotropismus» und im allgemeinen der des «Genotropismus».

### Überblick

*Das erste Buch:* «Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod»<sup>2</sup> versuchte, die Genetik der Wahl als die des Schicksals aufzubauen. Als durchgehende Regel der wechselseitigen, interpersonalen Wahl stellten wir die des Genotropismus ins Zentrum dieser «Schicksalsgenetik», d. h. die an Hunderten von Eheschließungen empirisch festgestellte Erfahrung, daß die Sichwählenden verborgene Erbverwandte sind. Wir haben Methoden zur Feststellung der Konduktornatur der Person entworfen, ferner ergänzten wir die konventionelle Familienforschung mit der interpersonalen, «genotropischen» Familienforschung<sup>3</sup>.

*Das zweite Buch:* «Experimentelle Triebdiagnostik»<sup>4</sup> erörtert das Testverfahren als Diagnostik der Triebchicksale.

<sup>1</sup> II. Aufl., S. 15 ff.

<sup>2</sup> Verlag Benno Schwabe, Basel, I. Aufl. 1944, II. Aufl. 1948, III. Aufl. 1963.

<sup>3</sup> Den Unterschied im Gebrauch der drei Adjektive «genotrop», «genotropisch», «genotropistisch» können wir in folgendem umschreiben.

1. *Genotrop* wird im genetischen Sinne als Gegensatz zu «genotyp» gebraucht und bezieht sich auf die *allgemeine* Wirkung der latenten Erbanlagen.

2. *Genotypisch* charakterisiert jene Eigenschaften des Merkmalsträgers, die durch den Genotropismus entstanden sind und hinsichtlich deren seine Konduktornatur nachweisbar ist.

3. *Genotropistisch* nennen wir jene Eigenschaften, bei welchen die genotrope Entstehung zwar höchst wahrscheinlich, die Konduktornatur der Person hingegen nicht mit Bestimmtheit feststellbar ist.

<sup>4</sup> Med. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, I. Aufl. 1947, II. Aufl. 1960.

*Das dritte Buch: «Triebpathologie»*<sup>1</sup> gibt die Anwendung sowie die Symptomatik des Testverfahrens, insbesondere aber die klinische Psychologie der Neurosen, Psychopathien und Psychosen als spezielle Existenzformen des Schicksals.

*Das vierte Buch: «Ich-Analyse»*<sup>2</sup> repräsentiert einen Wendepunkt in der Schicksalsanalyse. Erstens wird der Schwerpunkt von der Triebanalyse auf die Ich-Analyse verlegt. Zweitens entsteht eine Lehre, nach welcher das Ich weder ein Organ noch ein Gefühl ist, sondern ein Verband von vier Elementarfunktionen (Projektion, Inflation, Introjektion und Negation), welche zusammen eine physiologische Umlaufbahn bilden, die jeglicher innere oder äußere «Inhalt» im Psychischen durchgehen muß. Drittens werden die «Komplementären Ich-Schicksale» beschrieben, welche die bisher unbekanntesten Zusammenhänge zwischen den verschiedenen psychiatrischen Zustandsbildern aufdecken. Viertens wurde eine höchste, alle Gegensätzlichkeiten überbrückende Funktion des Ichs, die sogenannte «Pontifexfunktion», beschrieben, welche durch Integration, Partizipation und Transzendenz die Beziehungen des Ichs zum Geist herstellt. Durch diese Funktion wird aus dem Zwangsschicksal ein Freiheitsschicksal.

Das vorliegende *fünfte Buch: «Schicksalsanalytische Therapie»* möchte als «Lehrbuch der passiven und aktiven analytischen Psychotherapien» sowohl die Heilwege für die traumatischen Neurosen wie auch die für die hereditären Ich-Störungen, in ihren Grundsätzen wie in ihrer Technik und Klinik systematisch darstellen. Es werden Heilverfahren aufgezeigt, welche durch Vertauschen der mitgebrachten Existenzformen zur indirekten Heilung führen können.

### Ausblick

Jeder aufrichtige Forscher gibt zu, wie mühsam-langsam und schrittweise man ein Geheimnis von der Natur abbetteln muß. Und hat sie es endlich hergegeben, so wartet auf ihn eine fast noch schwierigere Aufgabe: das Aufgedeckte von den Wissenschaftlern der Gegenwart als Wahrheit annehmen zu lassen. Bezüglich der Annahme der Schicksalsanalyse in der Gegenwart machen wir uns keine Illusionen. Wir deuten für die Gegenwart und Zukunft weder eine Lösung noch einen Kompromiß hinsichtlich der möglichen Annahme an. Wir ziehen keine Folgerungen und stellen keine Forderungen. Wir müssen das *wissenschaftliche Werden* der Schicksalsanalyse abwarten. Dies um so mehr, da *das Schicksal – wie das Leben – an sich schon ein Werden und nicht ein Sein bedeutet*, so wie es von Luther formuliert wurde:

«Dies Leben ist nicht ein Frommsein, sondern ein Frommwerden,  
nicht ein Gesundsein, sondern ein Gesundwerden,  
überhaupt nicht ein Wesen, sondern ein Werden,  
nicht eine Ruhe, sondern eine Übung.  
Wir sind's noch nicht, wir werden's aber.  
Es ist noch nicht getan und geschehen, es ist aber im Schwang.  
Es ist nicht das Ende, es ist aber der Weg<sup>3</sup>.»

<sup>1</sup> Huber, 1952.

<sup>2</sup> Huber, 1956.

<sup>3</sup> Weimarer Ausgabe (WA), 7; 337, 30–35.



# SACHREGISTER

(psa = psychoanalytische, scha = schicksalsanalytische Auffassung)

## A

- Abbrechen* der Behandlung 123  
*Absence* (s. auch Anfallskr., Epilepsie)  
- und Homosexualität (Fall) 308  
*Abstinenz*  
- und Aktivität 141  
- Regel 141  
*Abwehr* (-lehre)  
- bei erworbenen Ich-Veränderungen 95  
- und Spaltung 95  
*Ad-hoc-Introjektion*  
- und Fetischismus 521  
- einer frühkindlichen Szene 170  
- und Perversion 320  
*Affekt(-e)*  
- Analyse 131  
- Aufteilung 356  
- Bewegungen 245  
- und Hysterie 355  
- als Ich-Funktion (P. FEDERN) 386  
- Klinik und Psychotherapie 326  
- und Kontakt 485  
- Paroxysmaltrieb 244 f., 326  
- Schutz gegen die 245  
- Störungen, Klinik und Psychotherapie 326  
- - und Traumdeutung 131  
*Agieren*  
- Arten des A. 229 f.  
- Begriff, Beispiele, Arten 227  
- Erinnern und A. 232  
- Gegenagieren (Fall) 64  
- des Kains 230 f.  
- künstliches Hervorrufen 85  
- in Psa und Scha 84  
- Sinn des A. 234  
- als Widerstand 225  
*Abnen-*  
- Ansprüche 57  
- - und Agieren 85  
- - und ihre Beschäftigung 89  
- bilder und -figuren 31  
- Erlebenlassen der kranken A. (Fall) 175, 178  
- Existenz in der Ätiologie 58  
- figuren, wiederkehrende 248  
- konfrontierung mit dem Stammbaum 83, 182  
- Rolle in der Ätiologie 87  
- träume 79, 81, 83, 175, 178  
*Aktivität, aktive Technik, Anwendung*  
- Hammerschlag-Assoziationsverfahren 64 ff.,  
164, 150 ff., 162 ff., 179 ff.  
- Indikation und Kontraindikation nach  
FERENCZI 144  
- und Lochbildung 149 ff.  
- in der Psa 140  
- nach FERENCZI 142  
- FREUD 140  
- W. REICH 145  
- Psychoschock-Verfahren 150  
- - Indikation 151  
- Richtlinien zur aktiven Technik 187  
- in der Scha 86, 149  
*Akzeptationsneurose (Zykloneurose)*  
- Begriffsbestimmung 505  
- Genetik 507  
- Heilung durch Scha 507  
- klinische Formen 507  
- Psychogenese 506  
- Symptomatik 505  
- Wesen und Psychotherapie 505  
*Alltagsmensch*  
- als Existenzform 113  
- Genetik 475  
- klinische Formen 475  
- Legierung 474  
- Psychogenese 475  
- Psychotherapie 475  
*Alter des Analysanden 120*  
*Analyse* (s. auch Technik der Psa und Scha)  
- Abbrechen 123  
- Abkürzung 262  
- Abstinenz 141  
- Aktivität 86  
- Anwendung der Idee der Freiheit 37  
- und Sittlichkeit 55  
- Beendigung 253  
- Dauer der Stunden 122  
- direkte 414  
- dreier Richtungen bei infl. Paranoia 431  
- Einleitung der 121  
- Endgültigkeit des Erfolges 257  
- Grundregeln der Einleitung 124  
- bei hereditären Ich- und Triebstörungen 188  
- Hindernisse 13, 48  
- Honorar 122  
- und Lochbildung 149  
- postanalytische Residualstörungen 259  
- prophylaktische A. 258  
- bei traumatischen Neurosen 187  
- die unendliche A. 13, 48  
*Analität* als Sucht 517 f., 519  
*Analytiker, Wahl des 120*  
*Analytische Psychologie* (JUNG) 25 ff.  
- ihre Denkweise am Beispiel der Melancho-  
lic 44  
*Anfallsmensch, der epileptiforme* (s. auch Epilepsie  
und Kain) 244  
- Ausreißen, Dämmer 333  
- Entfremdung 333  
- Klinik und Psychotherapie 326

- körperliche und seelische Konstitutionsanalyse in der Psychiatrie 328
- Psychogenese in der Psa 332
  - - in der Scha 332
- Sexualstruktur 336
- Sozialindex 337
- totale Integration 333
- Angst, Phobie, Panik*
- Ahnenträume bei Phobie 79ff.
- aktive Therapie (S. FREUD) 142
- - - (S. FERENCZI) 144
- Aktualneurose 362, 363
- und Charakteranalyse (kontraindiziert) 118
- Existenzform 364f.
- Furcht (Tab) 356
- Heilung durch Psychoschock 157ff.
- hysteriforme Existenz 113
- und Integration (Katastrophenahnung) 449f.
- neurose und Alter (Tab.) 104
- Platzangst, Todesangst 66
- Prüfungsangst (Psychagogik) 119
- Reflextheorie (E. KRETSCHMER) 357
- Schuld- und Strafangst (Über-Ich) 238ff.
- und Schuldbedürfnis 241
- Überraschungstrieb 358
- und Zwangsgedanken 79
- Anima, Animus* 26
- Anpassung* (s. auch Alltagsmensch)
- Spaltungsform (VIII.) 473
- Spaltungsgegenstück: totaler Narzißmus 474
- Spaltungsschema 473
- Arbeit* (s. auch Operotropismus)
- Beschäftigung der kranken Ahnen 89f.
- psychiatrische und psa Berufswahl und paranoide Schizophrenie 416
- Sozialisierung der ererbten Ich-Funktionen 88
- Stammbaum (Abb.) 299, 323, 346, 411
- und Umdrehung 268ff.
- Zwang 66ff., 462
- Archaische Erbschaft* 243
- Archetypen* 26
- Assoziationsverfahren*
- aktive der Scha 138
- Beispiel der passiven 138
- - - aktiven 64ff., 162ff., 179ff.
- das diagnostische 135
- drei Formen des A, 85
- Hammerschlag-A. (Psychoschock) 85, 150ff.
- Lochbildung 149ff.
- Modifizierungen in der Scha 136
- passive der Psa 137
- - - - Beispiel 138
- Technik 135
- das therapeutische 135ff.
- Ätiologie* (s. auch Genetik)
- der Anpassung und Asozialität 475
- - Entfremdung 437, 438
- - Epilepsie 333
- - Hebephrenie 428
- - Homosexualität 283ff.
- - Hysterie 360
- - Katatonie 469
- und Pathogenese 57
- des Sadomasochismus 319

- in der Scha 58
- der Schizophrenie 405ff.
- und „seelische Situation“ 58
- der Sucht 517
- des Zwanges 456ff.
- der Zykloneurose 507
- der Schizophrenie (Melancholie und Manie) 493
- Aufklärung* (Zeitalter) und Psa 41
- Auflösung der Wirklichkeit* in ihre multiformen Möglichkeiten 51, 53f.
- Autismus, autistisch* 382
- Begriff 420
- genetische Ätiologie 423
- Psa 385
- Schema der Spaltung 421, 467
- Schizophrenie 422
- im Sein und Haben 423
- Spaltungsart 420ff.
- Therapie 423

## B

- Beendigung*
- Abschlußträume 263f.
- der Analyse bei hereditären Ich- und Triebstörungen 259
- - - - traumatischen Neurosen 253
- Beharren, Kleben, Sich-nicht-verändern-Können*
- und Kontakttrieb 479, 481
- Bisexuell, Bisexualität*
- Gesetz der B. (nach M. HARTMANN) 284, 310, 311
- und inflative Psychopathie 308
- und paranoide Epilepsie 308
- Bewußt, unbewußt, vorbewußt*
- bei FREUD 24
- bei JUNG 25

## C

- Charakter*
- analyse, Indikation 118
- - nach W. REICH 145
- - als Widerstand bei hereditären Ich- und Triebstörungen 222
- - - - traumatischen Neurosen 220
- Couchsituation* 123

## D

- Dämmerzustände* (s. auch Integration, Anfalls-mensch und paroxys.-epileptiform)
- Begriffsbestimmung 449
- Beispiel 452
- und Ich 333, 450
- klinische Formen 451
- Psychogenese 451
- Schema 451
- Therapie 451ff.
- Daseinsanalyse* 28, 29



- ihre Denkweise am Beispiel der Melancholie 44
- Dauer*
  - einer analytischen Sitzung 122
  - einer Behandlung 262f.
- Denkweise* (Kausalität, Finalität, Intentionalität, existentielle Possibilität)
  - Anwendung (Melancholie (Tab.) 44
  - Auflösung der Wirklichkeit in ihre existentiellen Possibilitäten 51, 53
  - Beispiel 52
  - Beispiel 53f.
  - Denkschritte in der Psa und Scha (Tab.) 53
  - Finalität 45
  - Intentionalität 45
  - Kausalität 43
  - in der Psychopathologie 43
  - Verdrängung als Denkuniform 49.
- Depersonalisation* (s. auch Entfremdung)
  - Ich-Analyse 440
  - klinische Formen 439
  - nach der Psa 435
  - - - Scha 437
  - Schema der Ich-Spaltung 438
  - als Spaltungsform 434ff.
- Depression, Melancholie*
  - und Affekte 487
  - Ambivalenzkonflikt 488
  - Auslösefaktoren 494
  - Beispiel 497ff.
  - und Denkweise 44ff.
  - als Existenzform 112
  - Genetik 493
  - und Ich-Analyse 492
  - und Introjektion 489
  - Introjektion der verstorbenen Eltern 499
  - Introjektion 492
  - katatoniforme Negation 492
  - durch Karriereziele zugedeckte D. 500ff.
  - klinische Formen 494
  - Methode der Desimagination 497ff.
  - der Prozeß 489
  - Psychagogik 496
  - Psychogenese nach L. BINSWANGER 44
  - - - - C. G. JUNG 44
  - - - - Psa 487ff.
  - - - - Scha 489ff.
  - und Suchen 481, 483
  - scha Psychagogik 497
  - Wesen und Begriff 486ff.
  - und Zeit, Intentionalität 45ff.
  - und Zwang 460
  - Zwillings- und Familienforschung (MDI) 493
  - zyklotyme D. 494
- Desimagination*
  - Beispiel 497ff.
  - und Manie 490
  - als Therapie bei Depressionen 497
- Desintegration, Dämmerzustände*
  - Ätiologie 333
  - Begriffsbestimmung 449
  - und dynamische Entleerung 504
  - als Ich-Spaltung (V) 449
  - und Integration 450
- klinische Formen 451
- mit paranoider Ich-Störung 452
- Psychogenese 451
- Spaltungsschema 451
- Therapie 451f.
- mit Tötungsanfällen 452
- Destruction* (s. auch Kain und Negation)
  - und Manie 490, 492
- Deutung*
  - Traumdeutung 128ff.
  - und ihre Übertreibung 133
- Direktes Heilverfahren*
  - direkte Analyse 414
  - in der Psa 266
- Dualunion* (s. auch Partizipation)
  - Dualexistenz (Ich-Analyse) 390
  - und Kontakttrieb 481
  - Urmodell nah I. HERMANN 485
  - nach Zerfall, Zwangneurose eines Partners 409
- Dur-Moll-Bestimmung*
  - Epileptiker 337
  - Hysteriker 364
  - Homosexueller 294, 309
- Durcharbeiten* 130
  - Beispiel z. D. der Konstruktionen 250
  - und Konstruieren bei hereditären Trieb- und Ich-Störungen 248
  - - - - traumatischen Neurosen 246

## E

- Echolalische*
  - Assoziationsmethode der Scha 85
  - Beispiel 64f.
- Einheitspsychose*
  - und manisch-depressives Irresein 504
- Einleitung der Analyse*
  - Grundregeln der Psa 124
  - - - Scha 126
- Einstellungstherapie* 75
- Endogen* s. hereditär
- Energetik, seelische*
  - n. S. FREUD 24
  - - C. G. JUNG 27
  - Ich-Energie 387
  - nach der Scha 32
- Entfremdung, Depersonalisation*
  - und Affektstörung 437ff.
  - Begriffsbestimmung 434
  - Eifersucht 439
  - bei Epilepsie und Hysterie (Tab.) 357, 359
  - epileptiforme und hysteriforme Anfälle 438
  - Genetik 438
  - Hypochondrie 439
  - Ich-Analyse 440ff.
  - Ich-Spaltung, Introjektionswahn 434
  - und Introjektion 434, 438
  - klinische Formen 439, 441f.
  - Konversion 358f.
  - Pathogenese, Psychogenese 434
  - Psychasthenie (P. JANET) 437
  - i. d. Psychiatrie 434

- in. d. Psychoanalyse 435
- und Schizophrenie 438
- Spaltungsschema 438
- und Suizid 438
- Tagträumerei 439
- Therapie 446
- Entwicklungsstufen*
- Altersklassen, Erkrankungen und tiefenpsychologische Richtungen (Tab.) 104
- zur Menschwerdung (Tab.) 100, 101
- Epilepsie*, paroxysmal, epileptiform, epileptoid
- Begriff 326
- Existenzformen 113, 337f.
- Genetik 333
- genuine E. m. Inversion 293
- Haupttrias der Anfalls Erkrankungen 336
- und Homosexualität 293
- Konstitutionsanalyse 328
- Migräne 334
- Migräne und Stottern 334ff.
- Pathogenese 330
- Parox. epilept. Anfallsneurosen, Klinik und Psychotherapie 326
- petit mal 429
- in der Psychiatrie 328ff., 331 (Tab.)
- Psychismen 429
- Psychogenese in der Psa 332
- - - - Scha 332
- Sexualstruktur 336
- Sozialindex 337
- Scha eines Konduktors von E. und paranoider Schizophrenie 452
- Schicksalstherapie eines E. mit Ejakulationshemmung 338
- Traum über Gott eines latenten E. 94
- Erbe* (s. Genetik)
- und wiederkehrende Ahnenfiguren 248
- Erimern*
- und Agieren 232f.
- im Gegensatz zum Agieren 84f.
- in der Psa 84
- Eros*
- und Kontakt 485
- Erziehung*
- und Akzeptationsneurose 506
- Es* (s. auch Ubw)
- Es-Ich-Matrix 36
- Strukturschema 33
- Ethik, ethisch*
- Gewissen in der Scha 242ff.
- Existenz*
- formen, experimentelle (Indikation) 112ff.
- möglichkeiten 56
- struktur, multiple in der Scha 266
- Vertauschung 275
- - Beispiele 277ff., 418
- umdrehung 268, 271
- und Wahlfreiheit 38
- wandlung und Symptomwandlung 261
- Wesen der E. bei SCHELLING 34
- Existenzanalyse, experimentelle* 112
- einer Hysterikerin 373f.
- eines inflativen Paranoiden 116
- einer manischen Frau 115

- Rolle in der Indikation 111ff.
- eines Transvestiten 117

## F

- Fälle* s. Inhaltsverzeichnis 9ff.
- Fetischismus, Fetisch*
- Psa 383
- Scha Fall 520ff.
- Sucht 516, 521, 522
- Finalität*
- als Denkweise bei C. G. JUNG 28, 43
- Folie à deux*
- Beispiel 408
- und Partizipationsstörung 407
- und schizoforme Ich-Spaltung 401ff.
- Freiheit, Freiheitsprinzip, Liberalisierung*
- Anwendung in der Scha 37
- Bestimmung 38
- Humanisierung 39
- Liberalisierung 39
- in der Neurose 38
- bei S. FREUD 37
- in der Psa 37
- bei der Psychopathie 38
- - - Psychose 38
- des Ubw, Ichs, Über-Ichs 37
- in der Psychotherapie 38
- Relativierung der 38
- schicksal 37, 40, 98
- und Zwang 97

## G

- Gegenbesetzung*
- Schema 194
- und Widerstand 192
- Gegensätze*
- Versöhnung in der Behandlung 186f.
- Gegenübertragung*
- Beispiele 216ff.
- bei S. FREUD 213ff.
- - C. G. JUNG 215
- - der Scha 215ff.
- und Übertragung (Zusammenfassung) 220
- Geldfrage*
- der analytischen Behandlung 122
- Genotrop* (genotropisch, -istisch), *Operotropismus*
- Beispiele 89, 269, 416
- Beschäftigung der kranken Ahnen 89
- Definition von „genotrop“, „genotropisch“, „genotropistisch“ 526 (Fussnote)
- Ich-Therapie 413, 415, 420
- Sozialisierung 268f., 274
- Stammbäume 299, 323, 346, 411
- Gesund, -heit* 99
- und Krankheit 99
- Gewissen* (*Über-Ich, Schuldbewußtsein und Strafbedürfnis*)
- und Erbe 242
- und Ethik 243f.
- Geständniszwang (TH. REIK) 240f.

- und Kainsbedürfnis 246
- und Moral 244
- Selbstsabotage 241 f.
- Strafbedürfnis 238, 241
- und Über-Ich (S. FREUD) 238 ff.
- Glaube*, Glaubensfunktion 39
- und Aufklärung 42
- C. G. JUNG 26
- Pontifex-Ich 40
- religiös-human. Therapie A. MAEDERS 102
- in der Scha 94
- Transzendenz 27
- Traum über Gott 94
- Gleichbroide* Konstitution 329
- Konstitutionsanalyse 331
- Größenwahn*
- und epileptiforme Paroxysmalität 430
- familiäre und latente Homosexualität 60
- und heboide Schizophrenie 429
- und Hysterie 115 f., 431
- und Ich-Spaltung 426, 429
- und Querulanz 429 f.
- mit Zwangsneurose und latenter Homosexualität 66
- Grundregel*
- nach S. FREUD 124 ff.
- Anwendung in der Scha 126 ff.
- Grundsätze*, grundsätzliche Modifikation
- Agieren 84
- Ahnenansprüche 57
- Erinnern 84
- Ich-Analyse 88
- Pathogenese und Ätiologie 57, 58
- der Technik 84 ff.
- Triebansprüche 57
- Triebchicksal 56

## H

- Hammerschlag-Assoziationsverfahren* 85, 137 f., 150, 156
- Anwendung bei hereditärer Ich-Störung 171
- - - traumatischer Neurose 157
- Indikation 151 ff.
- Heboform*, Hebephrenie = schizoparoxysmale Spaltungsform
- Beispiele 430, 431
- Erscheinungen des paroxysmalen Spaltungsstückes 429
- als Existenzform 112
- ein heboformer Schizophrener 423
- Pathogenese 426 f.
- als schizoparoxysmale Spaltung 426 ff.
- als Spaltungsform mit Schema 426
- Heilziel*, Heilung, Heilverfahren (s. auch Psychotherapie)
- Beispiele 269, 277, 278, 279, 280
- die *direkte* in der Psa 266
- Daur-H. 261
- Heilungswunsch und fehlendes Krankheitsbewußtsein 127
- die *indirekte* in der Scha 267 ff.
- in der Psa und Scha 95, 96

- Schein-H. 200
- und Symptomlosigkeit 97
- Treppe der Menschwerdung, (Abb.) 101
- Umdrehung der Pole einer Trieb- und Ich-Achse 268
- Umkehrung der Ich-Schicksale 271 ff.
- Unterschiede (Psa und Scha) Tab. 98
- verfahren: direkt und indirekt 266
- Vertauschung der Krankheitsform 275 ff.
- Hemmung*
- Schema (Abb.) 421
- als Spaltungsstück zum Autismus 420
- als Therapie des Autismus 425
- Hereditäre Ich- und Triebstörungen* (s. auch Ich-Spaltung) 13 f., 54, 97, 98
- Ahnenräume 79 ff.
- Anwendung von Psychoschock 171
- Entfremdung 359, 363 (Tab.)
- Epilepsie 333
- Erbsymptome (Abb. 12. IV.) 224
- exp. Existenzanalyse 113
- Fälle 291, 292, 308, 308 f., 392 ff.
- Gegenübertragung 215 ff.
- und Homosexualität 289 ff., 312
- Hysterie 354, 356, 357 (Tab.)
- und Ich-Analyse 88 ff.
- Ich-Funktionen 390 f. (Abb.) 391
- und Ich-Spaltung 271 ff., 381 ff., 384 ff., 399 (Tab.) 401-478
- Ich-Struktur 320 ff., 337, 338
- und indirekte Heilverfahren 267 ff., 275 ff.
- Krankheitsgewinn 222 f.
- Kernwiderstand 235 ff.
- und Konstruieren 248 ff.
- Lochbildung 155
- und Operotropismus 89, 299, 323, 346, 411
- und Perversion 319
- proj. Paranoid 365
- und Residualstörungen im Ich 259 ff.
- Richtlinien für die Behandlung 188 ff.
- und Stammbäume 68, 82, 299, 323, 346, 411
- Versagen der Analyse. (Fall) 76
- Über-Ich 242 ff.
- Übertragung 210 ff.
- Hochstapler*, Betrüger
- Genetik 475
- und Narzißmus 474
- homo*
- elektor 102
- Entwicklungsstufen (Abb.) 101
- humanus 102
- individuator 102
- naturalis (Psa) 378
- potentator 100
- reagens (PAWLOW) 378
- repressor 100
- spiritualis 379
- Homosexualität (Sex. Inversion)*
- und Absence (Fall) 308
- und analytische Behandlung 62 f., 296 ff.
- Analyse, Ich-Analyse 392 ff.
- Ätiologie, Heredität 283
- Begriffsbestimmung 282
- als Bestandteil der paranoiden Existenz 293

- und Chromosomengeschlecht 285
- Epilepsie 293
- und Erbanlage 78
- exp. Existenzskale 117
- fam. H. und paranoide Schizophrenie 59
- der Frau mit Fällen 307
- Grad nach KINSEY-Skala 286
- und Grössenwahn 60
- Klinik und Psychotherapie 282
- klinische Formen 287f.
- konkordantes h. Zwillingsspaar 290
- konstitutioneller Transvestit 291
- Kriterien der erworbenen H. 290
- - - genuinen H. 289
- latente H. und familiärer Grössenwahn 60
- latente H. und Perversion 62
- latente H. mit Zwangsneurose und Grössenwahn 66
- des Mannes 282
- und Narkomanie 291
- und Prostitution 291
- und Psychopathie 293
- und Sadismus 62
- und Selbstmord 291f. (Abb.), 292
- Sexual-Index bei Frauen 309
- - - bei Männern 294
- Sozial-Index bei Frauen 309
- - - bei Männern 295
- Subjekt- und Objekt-Homoerotiker 288
- Stammbaum 299
- Strukturanalyse h. Frauen 309
- submanifester H.; analytische Behandlung 296
- und Sucht 289
- Therapie 309
- und Transvestitismus 116, 392ff.
- - - Triebtraum eines manifest. H. (Fall) 79
- Vier Fälle mit verschiedener Ätiologie 59ff.
- und Zwangsneurose, latente H. mit Grössenwahn 66
- bei Zwillingen 287
- Humanisierung, Sozialisierung* (s. auch Arbeit)
- als Existenzform 113
- als Operotropismus 299, 323, 346, 411, 420
- prinzip (Scha) 34
- Hypochondrie* (s. Psychosomatik)
- als Existenzform 113
- und Organneurosen im Rahmen der Psychosomatik 375
- bei einem Paranoiden 116
- Hysterie* (s. auch paroxysmal-hysteriform)
- Abschlußtraum einer Hy. 263
- und Affekt, Aufteilung der Affekte 355, 356
- Begriffsbestimmungen 353
- als Existenzform 113
- Genetik 360
- Heilung einer Konversionshysterie mit Psychoschock 157
- und Ich (Tab.) 357
- Katamnese 372
- klinische Formen 361 (Tab.) 363
- und Konversion 358
- Pathogenese nach KRAEPELIN, FREUD, KRETSCHMER 357
- Phasen der Hy. 358

- in der Psychiatrie 353
- - - Scha 354
- Scha einer Hy. 365
- Strukturanalyse 364
- Therapie 365
- traumatische Faktoren 359
- und Trieb 354
- als Überraschungstrieb in der Scha 358

## I

- Ich*
- und Affekt 386
- Analyse in der Psa und Scha 88ff.
- Anwendung 185
- autonomes (H. HARTMANN) 386f.
- Depression und Manie 492
- Entwicklung eines Transvestiten in Scha 398
- und Erbe (nach S. FREUD) 86
- bei S. FREUD 22, 23, 88
- Gefühl (P. FEDERN) 386
- Ich-Konstitution, ererbte Ich-Apparate 387
- Ich-Sein 387
- und Kontakt 485
- bei C. G. JUNG 26
- Panzerung 118
- Pontifex-Ich 31
- primäre Ich-Energie 387
- Psychogenese in Psa 383
- - - Scha 384
- und seine Radikalfunktionen 390
- Residualstörungen 259f.
- lehre in der Scha 387
- schicksale, komplementäre und deren Umkehrung 271
- Schicksalsmöglichkeiten 224
- Seins-Macht, Potestas 387
- spaltung 271 (s. auch Spaltung des Ichs)
- - - allgemeine Psychologie 381
- Therapie 400
- Übertragung und Partizipation 212
- Umlaufbahn 390, 391
- Ich-Analyse*
- eines Depersonalisierten 440
- - - Konduktors von infl. Paranoid und Epilepsie 91
- - - von paranoider Schizophrenie und Epilepsie 185
- in der Psa 88
- in der Scha 89
- in der Therapie der Ich-Spaltungen 417, 476
- Ich-Spaltung*
- Anpassung als negierte Projektion (8. Form) 473
- Aufteilung 400
- autistische, introjektive (2. Form) 420, Schema 421ff.
- Begriffsbestimmung in der Psychiatrie (E. BLEULER) 381f.
- - in der Scha 384
- Dämmerzustände und Katastrophenahnung (5. Form) 449

- Entfremdung und Introjektionswahn (4. Form) 434
  - Feststellung der Umlaufbahn in der Analyse 392 ff., 398 (Tab.)
  - Formen 401
  - Heilverfahren 413
  - katatoniforme 464
  - klinische Erscheinungsformen (Tab.) 399, 400
  - komplementäre Ich-Schicksale 271
  - Negativismus gegen Annahme der Projektion und Inflation (7. Form) 464
  - Neuorientierung 389
  - partizipative, projektive (1. Form) 401, Schema 402
  - primäre und sekundäre Ich-Spaltung 381
  - Psychogenese nach der Psa 383
  - Schema 438
  - schizoforme 401
  - schizoparoxysmale 430
  - schizoparoxysmale, inflativ-heboide (3. Form) 426 ff.
  - als Sicherung gegen das Nichtangenommen-sein 388
  - Stammbaum 445
  - Therapie 413. Schema der Therapie 415
  - und Umlaufbahn im Ich 389 (Abb.) 391
  - Vergleichung der Ich-Lehren 384
  - Zusammenfassung der Anwendung 476
  - Zwang und hysteriforme Paroxysmen 462
  - - und Schizophrenie (6. Form) 453, 457
  - - und zirkuläre Erkrankungen 460
- Iktaffine Konstitution, Diathese* 328
- Gruppenkreise 328, 331
- Illegitime Geburt*
- und Akzeptationsneurose 506
- Indikationsstellung*
- und Alter 120
  - einer Charakteranalyse 118
  - und Gegenindikation einer Analyse 106
  - bei hereditären Ich- und Triebstörungen 108
  - in der Psa 118
  - Rolle der experimentellen Existenzanalyse 111 ff., 113, 115, 116, 117, 373 f.
  - in der Scha 118
  - für scha Psychagogik 119
  - bei traumatischen Neurosen 106
  - Voruntersuchung 106
  - Wahl des Analytikers 120
- Indirektes Heilverfahren*
- Fälle 277, 278, 279, 280
  - in der Scha 267 ff.
  - Umdrehung der Pole 268
  - Umkehrung der Ich-Schicksale 271 ff.
  - Vertauschung der Krankheitsformen 275 ff.
  - und Zwang 463
- Inflation, inflativ*
- Definition 390
  - und Epilepsie 427 ff., 429
  - Fälle 429 (Querulanz), 430, 431
  - Genetik 428
  - und Hochstapelei 474
  - Hypertension 448
  - Ich-Spaltung (Tab.) 399
- Inflationsphase (Verdoppelung) in der Analyse 393 ff., 398
  - klinische Formen 429
  - Manie 503
  - Pathogenese 426
  - Psychopathin, bisexuelle (Fall) 308
  - Schema der Spaltung (Abb.) 426
  - schizoparoxysmale, heboide Spaltung 426
  - Therapie 429
  - Umlaufbahn (Abb.) II. Elementarfunktion des Ichs 391
- Integration*
- und Dämmerzustände 449
  - Genetik 474, 475
  - und Ich-Spaltung 450
  - und Katastrophenehnung 450
  - Integrierte Bindung 484
  - und Phobie 450
  - und Pontifex-Ich 90, 91
  - Psychologie des integrierten Menschen 474
  - Schema 451
  - der tiefenpsychologischen Richtungen 103
- Intentionalität* (E. HUSSERL)
- als Denkweise bei L. BINSWANGER 43
  - intentionale Störungen des Denkens 132
  - und Melancholie 44
- Introjektion*
- und äußere Wahrnehmung 438
  - und Beruf 448
  - und Depression 492
  - Derealisation 438
  - Einschaltung der I. bei Entfremdung 447
  - III. Elementarfunktion des Ichs 390
  - und Entfremdung 434
  - und Ess- und Kaufsucht 273
  - als Ich-Spaltung (Tab.) 399
  - Introjektionsphase in der Analyse 395, 398
  - innere Wahrnehmung 438
  - Introjektionswahn 434
  - und klinische Erscheinungsformen 399
  - Spaltungsschema 438
  - als Umdrehungstherapie 447
  - Umlaufbahn (Abb.) 391
  - der verstorbenen Eltern bei Zyklophrenie 499
- Iterative*
- Assoziationsmethode der Scha 85
  - Beispiel 71
- Isothymen, isoider Charakter*
- Ixophrenie 329, 331

## K

- Kain*, die tötende Gesinnung (s. auch epileptiform und Epilepsie)
- und die Affekte (Tab.) 356
- K.- Agieren in der Analyse eines Querulanten 230
- Anfall und Vätertötung 332
- Anfall und Verbrechen 332
- Aufzeichnungen über den K. 177
- und Bisexualität 308
- und Epilepsie 327, 331
- und Ethik (Schuldbewußtsein) 243 ff.

- und Homosexualität 451
- und das Ich (Abwehrmech.) (Tab.) 357
- und die Inflation 426f.
- Kainskomplex 333
- Negativismus (Abb.) 467
- und das paroxysmale Spaltstück 429
- Selbstdestruktion 439
- und Selbstsabotage 241
- und das Strafbedürfnis 246
- Suizid (mit Entfremdung) 438
- der Totschläger 176
- Tötungsanfälle einer Epileptikerin 452
- Träume 175ff.
- Katamnese*
- Analyse eines Epileptikers 350f.
- - einer Hysterikerin 372
- - eines paranoid-epileptoiden Konduktors 187
- bei psychosomatischer Erkrankung 380
- und Zwang 463
- Katastrophenabnung* (s. auch Phobie und Integration)
- als Gegenstück zum Dämmer 449
- und Phobie 450
- Katatonie*, katatoniforme (s. Negativismus und Verneinung)
- Ätiologie und Genetik 469
- Begriffsbestimmung 464
- Depression (Abb.) 455
- Erscheinungsformen der Negation 470
- - des Gegenstückes 470
- als Existenzform 112
- Konfrontation mit dem Test 471
- und Negation (Psa) 464f.
- als physiologische Verneinung 467, 469, 470
- Psycho- und Pathogenese 465
- Psychotherapie 471ff.
- als Schutz gegen die Annahme der Verlassenheit und Weiblichkeit 468
- als Spaltungsform 464ff.
- als Spaltungsgegenstück der paranoiden Schizophrenie 467
- Spaltungsschema (Abb.) 467
- als spontaner Heilungsversuch des Paranoiden 468
- Weltuntergangserlebnisse 466
- Kausalität*
- als Denkweise in der Psa 43
- Komplementäre Ich-Schicksale* 272
- Konfrontation*
- mit den kranken Ahnen 83, 182
- dem Triebtest 184
- Konstitution* (s. auch Vererbung, hereditär)
- der Anfallskrankheiten (Tab.) 331
- bei S. FREUD 58
- Konstruktion*, Konstruieren
- S. FREUDS Mahnung 130
- bei hereditären Ich- und Triebstörungen 248
- - - Beispiel 251
- bei traumatischen Neurosen 246
- Kontakt und Stimmung*
- und Affekt 485
- ambivalente Bindung 484
- bilaterale Bindung 482
- und Eros 485
- Funktionsschema 481
- und Ich 485
- integrierte Bindung 484
- Kontaktlosigkeit 484
- Kontaktsperre 484
- Pathologie 481
- Physiologie 481
- Psychologie (E. SPEER) 480
- Psychopathic, Psychotherapie 513
- Psychotherapie (Psychiatrie, Psa, Scha) 495
- Spaltungsformen 482, 483
- störungen. Akzeptationsneurose 505
- störungen, depressive und manische 486
- - in der Psa 487
- - - Psychiatrie 486
- - - Scha 490
- - Sucht (Scha) 513, 515
- Treue und Untreue 484
- Urmodell 485
- zwangshafte Bindung (Abb.) 483
- Zwillingsforschungen bei MDI 493
- Konversion*
- und Entfremdung 358
- und Hysterie 358
- Krankheit* 99
- Gesundheit 99
- Krankheitsgewinn*
- bei hereditären Ich- und Triebstörungen 222
- bei Hysterie nach S. FREUD 357
- bei traumatischen Neurosen 220
- als Widerstand 220
- Krise* in der analytischen Psychotherapie 14
- Kulturmensch*
- als Gegenstück zum Alltagsmenschen 473, 474
- Genetik 475
- Psychogenese 475

## L

- Legierung*
- Masochismus und Sadismus als Störung der L. 316ff.
- und Spaltung 316ff.
- bei einem Transvestiten 397
- Lochbildung* 149
- und Erbe 155
- und ihre Ursachen 152
- Lust*, Libido
- als Grundenergie (C. G. JUNG) 25
- Prinzip 33 (S. FREUD) 49, 95
- im Ubw 35

## M

- Manie* (Hypomanie) 486
- die dynamische Expansion bei M. 503
- als Existenzform 112
- exp. Existenzanalyse einer manischen Frau 114
- Genetik 493
- Ich-Störung 492
- und Inflation 503

- und Inflation, mit Destruktion 492
- Klinik 494
- und Kontakttrieb 481
- der Prozeß 490, 491
- Psychotherapie 495 ff., 503
- Vertauschen mit Zwang 280
- und Zwang 460
- Masochismus* (s. auch Perversion)
  - der erogene M. 315
  - im Experiment 317
  - der feminine M. 315
  - Formen (Tab.) 319
  - Heredität 319
  - Ich-Struktur 320
  - Lebensgeschichte einer M. 321
  - und Legierung 316
  - der moralische M. 315
  - Sexualindices und Sozialindex 320
- Megalomanie* (s. Größenwahn)
- Melancholie* (s. Depression)
- Menschwerdung*
  - Entwicklungsstufen zum M. 100
  - als Heilziel 96
  - und Typologie 102
- Moral*
  - und Ethik 243 f.
  - und Gewissen 242
  - und Immoral des Analytikers 55
- Morphinismus*
  - Schicksalsanalyse 520 ff.
- Mortido* (F. FEDERN) 25

## N

- Narzissmus, narzisstische*
  - Affektionen (S. FREUD) 488
  - Fixierung 385
  - als Gegenstück der Anpassung 473, 474
  - und Legierung 474
  - und Lochbildung 153
  - und Partizipationsunfähigkeit 93
- Negation* (s. auch Katatonie)
  - Begriffsbestimmung 464 f.
  - als IV. Elementarfunktion 390
  - Hypertension 448
  - bei Ich-Spaltungsform 7. 399 (Tab.) 464
  - und Katatonie 467 ff.
  - und klinische Erscheinungsformen 399
  - Negationsphase in der Analyse 396, 398
  - Psycho- und Pathogenese 465 f.
  - Spaltungsschema 467
  - Umlaufsbahn (Abb.) 391
- Nelogismen*
  - Im Erlebenlassen schizophrener Ahnen 180
- Neurose*
  - Entstehung 38
  - traumatische 54
  - Über-Ich und Ich 38
- Nurse-Therapie* bei Psychosen 413 f.

## O

- Operotropismus* (s. auch Arbeit)
  - in dem Heilverfahren bei Ich-Spaltungen 420
- Oralität*
  - und Kontakttrieb 479
  - Lutschen 517
  - Sucht 481, 519
- Organeurose* (s. Psychosomatik)
  - als Existenzform 113
  - und Hypochondrie im Rahmen der Psychosomatik 375

## P

- Paranoid, -e, Paranoia*
  - Epilepsie und Bisexualität 308
  - und Epilepsie, Ich-Analyse 91
  - als Existenz 112
  - exp. Existenzanalyse eines infl. P. 115
  - fam. Größenwahn und Homosex. 60
  - als Gegenstück zum Zwang 455
  - Ich-Störung bei einem Partner nach Zerfall der Dualunion 409
  - inflativ 112
  - inflativ mit drei Analysen verschiedener Richtungen 431
  - und Kain 93
  - Operotropismus eines proj. P. 89
  - projektiv 112
  - Scha eines Konduktors 452
  - Schizophrenie-Anhäufung und psychiatrische und psa. Berufswahl 416
  - Schizophrenie und Homosex. 59, 292
  - Schizophrenie-Konduktor mit Epilepsie. Heilung durch Psychoschock 171
  - Schizophrenie und manifeste Homosex. 292
  - Umdrehung ins Zwangsarbeiten 418
  - Vertauschung mit parox. Migräne 277
  - - - Epilepsie durch E.-Schock 278
  - und Zwangssymptome bei einer Partizipationspsychotikerin 409
- Paroxysmal-epileptiform* (s. auch Epilepsie und Kain)
  - Analyse eines Epileptikers 338
  - Anfallsneurosen 326
  - Begriffsbestimmung 326
  - Genetik der Epilepsie 333
  - das Ich 333, 337, 347 ff.
  - Kainskomplex und die tötende Gesinnung 327
  - Konstitutionsanalyse 328, 331
  - und Migräne 334
  - Pathogenese 330
  - psychische Epilepsie 330
  - Psychogenese 332
  - Psychologie des Anfalls 333
  - Sexualstruktur 336
  - Sozialindex 337
  - Stammbaum eines Epileptikers 346
  - und Stottern 335
  - Strukturanalyse 336
  - Wiedergutmachung 327

- Paroxysmal-hysteriform* s. Hysterie
- Partizipation*, partizipativ
- Beispiel 393
  - I. Elementarfunktion des Ichs 390 (Abb.) 391, 402
  - Hypertonie der P. als Ursache in der assoz. Lochbildung 154
  - ich-hafte 92
  - als Ich-Übertragung 212
  - bei Pontifex-Ich 91
  - Psychose, Beispiel 408
  - Störung und Ich-Analyse 127
  - Therapie 404, 413f., 415, 423, 447
  - Urprojektion 93
  - Vergeistigung 93
- Passive Technik. Richtlinien* 187
- Pathogenese* (Psychogenese)
- der Anfallskrankheiten 330f.
  - und Ätiologie 57
  - der Epilepsie 330ff.
  - der Homosexualität 78, 282f.
  - der Hysterie 357ff.
  - der Ich-Spaltungen in der Psa 383
  - - - - Scha 384ff.
  - der Projektions- und Partizipationsstörungen 403ff.
  - des Sodomasochismus 313f.
- Perversionen* (Sodomasochismus, s. auch Masochismus und Sadismus)
- Begriffsbestimmung 312
  - als Existenzform 112
  - Formen (Tab.) 319
  - Heredität 319
  - Ich-Struktur 320
  - klinische Formen (Tab.) 319
  - Masochismus 315
  - Pathogenese 313ff.
  - Sodomasochismus. Klinik und Therapie 312
  - Sexual- und Sozial-Indices 320
  - als Störung der Triebbegierung 316, 318
- Petit mal*
- als paroxysmale Spaltungsfolge 429
- Phobie* (s. Angst)
- Ahnentraumserie einer Phobikerin 79ff.
- Pontifex-Ich* 31
- Aufbau des 90
  - Partizipation, Integration u. Transzendenz 36
  - als verteilende Instanz der Freiheit 36
- Possibilität, existenzielle*
- als Denkweise der Scha 47
  - - - - Beispiel 53
  - Melancholie (Tab.) 44, 47
- Präsentation*, Gegenwart (E. HUSSERL)
- und Intentionalität 46
- Prinzipien* (in der Tiefenpsychologie)
- Freiheitspr. (Scha) 34
  - Humanisierungspr. 34
  - Lustpr. (Psa) 33
  - multiple Existenzstruktur in der Scha 266
  - Realitätspr. (Psa) 34
- Prognose*
- der Analyse. Exp. Existenzanalyse (A. BEELI) 113
  - des Zwanges 463
- Projektion*, Partizipation (s. auch Paranoid)
- Begriffsbestimmung 402ff.
  - als Elementarfunktion des Ichs 390
  - Genetik 405ff.
  - introprojektive Spaltung 420ff.
  - klinische Erscheinungsformen (Tab.) 399, 407
  - negierte P. als Anpassung 473ff.
  - Partizipationstherapie 404, 412, 413, 415, 423, 447
  - Partizipationstherapie bei Depression 495
  - Partizipationspsychose 408, 409, 409f.
  - als I. Spaltungsart 401
  - symbolische Realisation der P. 429ff.
  - Umlaufbahn (Abb.) 391
  - Zwangsneurose und paranoide Ich-Störung bei einem Bruderpaar 409ff.
- Prophylaxe*, analytische 261f.
- Protentio*, Zukunft (E. HUSSERL)
- und Intentionalität 46
- Psychagogik*
- bei Depression 496
  - scha Indikation 119
  - Kurz-Psychotherapie n. A. MAEDER 140, 190
- Psyche*, das Psychische
- die eingeklammerte P. 30
  - als das freigewordene Leben 31
  - die *freudsche* 21
  - die *bomerische* 18
  - die integrierte 31
  - die *jungsche* 25
  - als Konflikt zwischen Trieb und Willen (C. G. JUNG) 36
  - Prinzip der Freiwerdung 37
  - Qualitäten des P. 24
  - und Schicksal 17, 31ff.
  - Strukturschema der P. (Abb.) 23
  - Wesen des Psychischen 33
  - Wirklichkeit in der Psa und Scha (Tab.) 53
- Psychiater*
- und Psychoanalytiker-Berufswahlen in einer Familie bei Anhäufung von paranoider Schizophrenie 416
- Psychoanalyse* (s. auch Analyse u. Psychotherapie)
- und Aufklärung 41
  - Dauerheilung und Prophylaxe 261
  - ihre Denkweise am Beispiel der Melancholie 44
  - Pseudopsa 496
  - und scha Unterschiede in der Behandlung (Tab.) 98
  - Verdrängung als „Denkuniform“ 49
- Psychohygienische Nachbehandlung der Psychosen* 504
- Psychopathie*
- bisexuelle, inflative 308
  - Entstehung 38
  - als Existenzform 112
  - und Ich 38
  - Sucht 513ff.
  - Zyklopsychopathie 513ff.
- Psychopathologie*
- Denkweisen in der Gegenwart 43
  - - - Anwendung am Beispiel: Melancholie 44
- Psychoschock*
- Anwendung 156ff.



- Heilung einer Konversionshy. 157, 162ff.
- eines paranoiden Schizophrenie-Konduktors mit Epilepsie 171
- Katamnese 170, 187
- und Neologismen 180ff.
- Technik bei hereditären Ich-Veränderungen 171
- - - traumatischen Neurosen 149
- Wirkung 150
- Psychose, Präpsychose (s. alle Ich-Spaltungen)*
- Autistische Schizophrenie 420ff.
- Dämmerzustände 449ff.
- Entstehung 38
- Folie à deux 407
- heboide (inflative) 426ff.
- Ich-Analyse der Psychosen 417ff.
- und Ich-Spaltung 381ff., 384
- Introjektionswahn und Entfremdung 434
- Katatonie 464ff.
- Kriterien nach S. FREUD 385
- - - P. FEDERN 385f.
- Manifestation durch Analyse 77
- Neuorientierung in der Spaltungsfrage 389
- Partizipationspsychose 408ff.
- Partizipationstherapie 413ff.
- Präpsychose als Existenzform 112
- projektiv paranoide Schizophrenie 402ff., 407
- Psychose und Ich-Lehre 476
- Schema der Psychoseentherapie (Tab.) 415
- schizoforme Spaltung 401ff.
- Schizophrenie und Zwang 457f.
- und Ubw 38
- zirkuläre Psychose und Zwang 460
- Zusammenhang der Psychosen 429, 439, 453
- Zyklaphrenie (MDI) 486ff.
- Zyklopsychopathie (Sucht) 513ff.
- Psychosomatik*
- Beziehung zu Organneurosen und Hypochondrie 375
- die ganze Med. sei psychosomatisch 376
- Nomenklatur 379
- und Psa 376
- und Psychosozialogie 377
- und Scha 378
- Therapie 380
- und umfassende Med. 377
- Weltanschauung 378
- Psychotherapie (s. auch Umdrehung und Vertauschung der Spaltungsstücke)*
- der Akzeptionsneurose 507
- der Alltags-, Kultur- und asozialen Menschen 475
- der autistischen Spaltung 423
- eines Depersonalisierten 440ff.
- der Depression 495ff.
- eines Epileptikers 338ff.
- der epileptischen Dämmerzustände 452
- der Homosexualität eines Mannes 296
- einer Hysterikerin 365ff.
- der Katatonie 471
- der lesbischen Frau 309, 321
- der Manie 495ff.
- eines Morphinisten und Fetischisten 520
- eines paranoid-epileptischen Konduktors 452

- der paroxysmal-epileptiformen Anfallsneurosen 326ff.
- psychohygienische Nachbehandlung der Psychosen 504
- in der Psychosomatik 380
- der Sucht 518
- Umdrehung der Pole 420
- - - Spaltungsstücke 418f.
- allgemeine Therapie der Entfremdung 446
- Vertauschung der Spaltungsstücke und der Existenzformen 419
- des Zwanges 462

## Q

### *Querulant*

- Agieren des Kains in der Analyse eines Querulanten (Fall) 230
- Symbolische Realisation der Partizipation bei einer Querulantin 429

## R

### *Reaktionsbildung*

- als Widerstand bei hereditären Ich- und Triebstörungen 222
- - - traumatischen Neurosen 220
- und Zwang 454

### *Realitäts-*

- Prinzip (S. FREUD) 34, 49, 95
- Verlust bei der Psychose 385

### *Residualstörungen* 259

- Retention, (Vergangenheit) (E. HUSSERL)*
- und Intentionalität 45
- bei Melancholie 46

## S

### *Sadismus (s. auch Perversion)*

- als Existenzform 112
- Heredität 319
- Ich-Struktur 320
- klinische Formen (Tab.) 319
- Pathogenese 313ff.
- Perversion und latente Homosexualität 62

### *Sadomasochismus*

- Klinik und Psychotherapie 312
- klinische Formen in der Psa 315
- Masochistin 321
- Pathogenese in der Scha 316

### *Seele (s. Psyche)*

- «seeleliche Situation» in der Ätiologie 58

### *Selbst* 25, 26, 27

### *Selbstmord*

- und Entfremdung 438
- und Homosexualität 291
- und Sucht 514 (Tab.) 519

### *Selbstsabotage, Selbstdestruktion* 239 (Tab.) 519

- als chronisches Strafbedürfnis 241

### *Sexual-, -ität (s. auch Homosexualität und Perversion)*

- Betrachtungssystem (Tab.) 311
- Chromosomengeschlecht 285
- M. HARTMANNS drei Gesetze 284f
- KINSEY-Skala der Homosexualität 286
- störungen. Klinik und Psychotherapie 282
- Sich-Abtrennen* und Kontakttrieb 479, 481
- Sich-Anklammern* und Kontakttrieb 479, 481
- Sittlichkeit* in der Analyse 55
- Sozialstruktur*
  - Epileptiker 337
  - homosexueller 295, 309
- Spaltung* und Spaltungsformen (*s. auch Ich-Spaltung*)
  - und Abwehr 95
  - formen 1. die partizipative, projektive 401
  - - 2. autistische, introjektive 420
  - - 3. inflativ-heboide 426
  - - 4. Entfremdung und Introjektionswahn 434
  - - 5. Dämmerzustände und Katastrophenahnung 449
  - - 6. Zwang und Schizophrenie 453
  - - 7. Negativismus gegen Projektion und Inflation 464
  - - 8. Anpassung als negierte Projektion
  - des Ichs 473
  - - - allgemeine Psychologie 381
  - Heilwege, Schema 415
  - des Ichs und Umlaufsbahn 389
- Suchen, Sich-Verändern*
  - bei S. FREUD 479
  - und Kontakttrieb 479ff.
- Sucht*
  - Begriffsbestimmung 513
  - formen nach Altersphasen 517
  - - Triebstrebungen (Tab.) 519
  - und Fetischismus 516, 521, 522
  - Genetik 517
  - und Kontakttrieb 481
  - in der Psa 514
  - Psychologie der S. 515f.
  - Psychotherapie 518f.
  - - eines Morphinisten und Fetischisten 520ff.
  - in der Scha 515
  - Wesen in der Psychiatrie 513, 514
- Symbolische Realisation*
  - der Partizipation 429
- Symptom* 50
- wandlung 261

## Sch

- Schatten (C. G. JUNG) 26
- Schicksal*, -s,
  - Aufbauelemente des 56
  - Begriff 97
  - Entstehungsgeschichte der Scha 523ff.
  - freies Ich-Schicksal 37
  - bei S. FREUD 57
  - krankheit, Begriff 97
  - möglichkeiten des Ichs (Tab.) 224
  - Trieb- und Ganzheitsschicksal 56
  - als Wahl 37, 40, 523

- Zwangs-Sch. 40
- Schicksalsanalyse*, -analytische, Scha
  - einer Epileptikerin mit Tötungsanfällen 452
  - ihre Denkweise am Beispiel d. Melancholie 44
  - Grundregeln 126
  - Heilung bei Akzeptationsneurose 507
  - eines Konduktors von Epilepsie und paranoider Schizophrenie 452
  - Modifizierung des Assoziationsverfahrens 136
  - eines Morphinisten und Fetischisten 520
  - und die multiple Existenzstruktur 266
  - und Psa; Unterschiede in der Behandlung (Tab.) 98
  - Psychagogik. Indikation 119
  - - einer depressiven Frau 497
  - Ziel der Scha 13
- Schizoparoxysmale Spaltungsform* (*s. heboforme Spaltungsform*)
- Schizophren*, -er
  - ein autistischer 422
  - Erkrankungs-wahrscheinlichkeit 469
  - ein heboformer 423
  - paranoider Konduktor mit Epilepsie. Psychoschocktherapie 171
  - Zwang und Sch. 455, 457
  - Zwillingssprobanden. Vererbung 405, 457
- Schlusswort*
  - Ausblick 527
  - zur Bücherfolge der Scha 523
  - Rückblick 523f.
  - Überblick der fünf Bücher 526
- Schuldbewußtsein*, Strafbedürfnis
  - als ethisches Gewissen in der Scha 242
  - bei traumatischen Neurosen 238

## St

- Strafbedürfnis*, Schuldbewußtsein
  - bei traumatischen Neurosen 238
- Stundenmiete* 121

## T

- Technik*, technische 106ff.
  - aktive 140
  - - bei traumatischen Neurosen 140
  - - Stellungnahme S. FREUDS 140
  - - nach S. FERENCZI 142
  - - - W. REICH 145
  - - der Scha 86, 150
  - Beendigung der Analyse 253
  - - - bei den traumatischen Neurosen 253
  - direkte der Psa 266
  - Einleitung der Analyse 121
  - des freien Assoziationsverfahrens 129, 135ff.
  - Indikationsstellung in der Psa 111
  - - - - Scha 112ff.
  - - der hereditären Ich- und Triebstörungen 108, 188
  - Traumdeutung 128ff.
  - indirekte der Scha 267
  - Konstruieren und Durcharbeiten 246

- - - bei hereditären Ich- und Triebstörungen 248. Ein Beispiel 250
- - - traumatischen Neurosen 246
- Modifikationen in der Scha 84
- passive 121, 137
- Psychoschock 156ff.
- Regeln 121ff.
- Richtlinien der aktiven und passiven T. 187
- bei traumatischen Neurosen 106, 187
- der Voruntersuchung 106
- der Widerstandsanalyse 191

## U

### *Über-Ich*

- und Erbe 242
- bei S. FREUD (Abb.) 23
- das Gewissen, die Ethik und Moral 36
- als Widerstand bei traumat. Neurosen 238

### *Übertragung*

- in einer Analyse einer Hysterikerin 370
- Beispiel zur Durcharbeitung einer Ü. 202
- und Lochbildung 152
- in der Partizipation 212
- Scheinübertragung 200
- Vorverlegung bei hereditären Ich- und Triebstörungen 210

- - - C. G. JUNG 208

- - - A. MAEDER 209

- - - R. SPITZ 206

- als Widerstand 199

- - - bei S. FREUD 199

### *Umdrehung* (s. *Vertauschung* und Heilverfahren)

- bei hebformer Spaltung 427
- der Ich-Schicksale 271, 281
- des Paranoiden in Zwangsarbeiten 418
- der Pole 268, 269 (Beispiel)
- des schizofornen Spaltstückes in das Paroxysmale 427, 428
- der Spaltungsstücke bei Entfremdung 448
- Umkehrung der Ich-Schicksale 271 ff.
- - - Beispiele 277, 278, 279, 280

### *Umlaufbahn*

- Beispiel eines Triebbedürfnisses 392
- im Ich 389ff. (Abb.) 391

### *Unbewusste, das Es, Ubw*

- familiäre 31
- Freiheit als Urgrund des Ubw. 35
- bei S. FREUD (Abb.) 23, 35 (das persönliche)
- - C. G. JUNG (das kollektive) 25
- und Psychose 38
- die Sprache des Ubw. 31
- als Widerstand bei hereditären Ich- und Triebstörungen 235
- - - bei traumatischen Neurosen 225

*Unerwünschtes Kind* und Akzeptationsneurose 505

## V

### *Verdrängung*

- als «Denkuniform» in der Psa 43

- - - - Beispiel 52

- als Widerstand 194

### *Vererbung*

- der Epilepsie 333
- der Homosexualität 283
- der Schizophrenie 407
- der Zyklophrenie (MDI) 493

### *Vergiftungsideen*

- bei einer Apothekerin 269

### *Verneinen, Vermeiden, Hemmen, Verdrängen*

- als Formen der Negation 390

### *Vertauschung*

- des Manischen mit Zwang 280

- des Paranoids mit Epilepsie durch Elektroschock 278

- des Paranoids mit der Paroxysmalität 419

- des schiz. Paranoids mit paroxysmaler Migräne 277

- des Zwanges mit dem Paranoide 279

### *Vorbewusste, das (Vbw)*

- Qualität des Vbw 24

- Strukturschema (Abb.) 23

*Voruntersuchung* 106

## W

### *Wahl*

- freiheit der Existenzmöglichkeiten in der Scha 51, 55

- des Ichs, krankhafte 97

- schicksal 37, 40, 523

### *Widerstand, Widerstandsanalyse*

- als Agieren 227

- Analyse bei W. REICH 147

- - Technik 191

- Erbe als W. 242ff.

- des familiären Ubw 235

- die fünf Arten des W. nach S. FREUD 193ff.

- und Gegenbesetzung 192

- genotrope Übertragung 210ff.

- und Gegenwille 191

- bei hereditären Ich- und Triebstörungen 222, 235

- und Ich-Einschränkung (Hy) 193

- Kern-Widerstand 235ff.

- Krankheitsgewinn 220

- Lochbildung 152

- und peinliche Kontrastvorstellung 191

- Schema der Entstehung des W. (Tab.) 194

- bei traumatischen Neurosen 220

- Theorie, Bestimmung und Arten 191

- Über-Ich als W. bei hereditären Ich- und Triebstörungen 242

- - - - traumatischen Neurosen 238

- Übertragung als W. 199ff.

- Übertragungsinhalte bei S. FREUD 199

- Ubw als W. in der Psa 225

- Verdrängung als W. 194

- Vorverlegung der Übertragungsinhalte bei C. G. JUNG 208

- - - - A. MAEDER 209

- - - - R. SPITZ 206

### *Wiederholungszwang*

- und das Agieren 225
- als Es-Widerstand 225 ff.
- mit familiärer Thanatomanie 236

### *Wirklichkeit*

- Auflösung in lat. Möglichkeiten in d. Scha 51 ff.
- und Möglichkeit 41
- in der Psa 50

## Z

### *Zwang, -s*

- Begriffsbestimmung 453 f.
- als Existenzform 113
- gedanken 54
- Genetik 456
- Hysteriforme Paroxysmen 462
- neurose eines Partners nach Zerfall der Dualunion 409
- neurose und latente Homosexualität mit Größenwahn (Fall) 66
- und Paranoia 77
- Prognose und Katamnese 463
- Psychogenese 454 f.

- Reaktionsbildung 454

- schicksal 40

- und Schizophrenie 455, 457

- als VI. Spaltungsart 453

- Spaltungsformen (systolische und diastolische) 455 f.

- Spaltungsgegenstück (inflativ und proj. Schizophrenie) 455

- Spaltungsschema (Abb.) 455

- symptome und paranoide Symptome bei einer Partizipationspsychotikerin 409

- Therapie 462

- und zirkuläre Erkrankungen (Depression und Manie) 460

- Vertauschen mit Paranoid 279

### *Zwilling(e)-forschungen*

- konkordante, homosexuelle 290

- bei Schizophrenie, Vererbung 405

- bei Zyklomanie (MDI) 493

### *Zykloneurose s. Akzeptationsneurose*

### *Zyklomanie (s. Depression und Manie und Kontaktstörungen)*

- in der Psa 487

- - - Psychiatrie 486

- - - Scha 489, 492

- - - *Zyklopsychopathie, s. Sucht*