

ELEMENTE DER EXAKTEN TRIEBPSYCHIATRIE

DRITTER TEIL

KLINISCHE PSYCHOLOGIE

EXPERIMENTELLE SYNDROMATIK

ALLGEMEINES ÜBER DIE EXPERIMENTELLE SYNDROMATIK

I. Die Idee der Einheit, Zweiheit und Vielheit der Krankheitsformen in der Psychiatrie

Vom historischen Standpunkt aus könnte man die Geschichte der Psychiatrie in drei Phasen einteilen¹⁻³, 1. in die der Einheitspsychose; 2. die der zwei Krankheitsgruppen (VON KRAEPELIN bis KRETSCHMER); 3. die der Syndromenlehre (VON HOCHÉ bis CARL SCHNEIDER).

In der Periode der *Einheitspsychose* wurde die Vielheitsfrage der psychopathologischen Bilder einfach in der Weise gelöst, daß man nur *ein* Irresein annahm und glaubte, daß dieses der Reihe nach verschiedene Gestaltungen annehmen könnte. Danach beginnt das Irresein mit Melancholie, ihr folgt der Zustand der Tobsucht, nachher erscheint die Verrücktheit und zuletzt der Blödsinn².

Die Idee der *Zweiheit* der Geisteskrankheiten erlangte in der Aufstellung der zwei großen Krankheitsgruppen in KRAEPELINS *klinischer Psychiatrie* – von etwa 1896 bis heute – die führende Rolle. Das *manisch-depressive Irresein* nahm sowohl alle Gemütskrankungen wie auch das zirkuläre Irresein der Franzosen in sich auf, die *Dementia praecox* vereinigte in sich die Katatonie, Hebephrenie (KAHLBAUM) und die Verrücktheit, die Paranoia.

All diejenigen Krankheitsformen, die in dem System der Zweheitspsychosen nicht untergebracht werden konnten, galten als Entartungsirresein. Diese geradlinige klinische Betrachtungsweise wurde aber durch die Unterströmung der *Syndromenlehre* von HOCHÉ fast von Anfang an gestört, also durch die Idee der *Vielheit* psychopathologischer Erscheinungen.

HOCHÉS Ansturm gegen die Zweheitsidee KRAEPELINS hat eigentlich mit der Revolte gegen das Dogma NISSLS von der pathologisch-anatomischen Bedingtheit aller Psychosen begonnen.

BUMKE schreibt über das Auftreten HOCHÉS folgendes: «Es war die Zeit, in der kein Geringerer als NISSL sogar die Hysterie für eine Störung erklärte, deren Grundlagen pathologisch-anatomisch ebenso faßbar seien wie die der Paralyse und in der er deshalb alle Versuche, hysterische Symptome psychologisch zu deuten, für unwissenschaftlich und den Begriff der funktionellen Geisteskrankheiten für die Quelle fundamentaler Irrtümer erklärte⁴.»

¹ KRAEPELIN: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 62. 1920.

² GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Aufl. Wreden, Braunschweig 1871.

³ JASPERS: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin-Heidelberg 1948.

⁴ BUMKE, O.: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Springer, Berlin 1928. S. 20. Literatur ebenda.

HOCHES Antwort war klar und bündig gefaßt, daß «die Hysterie eine pathologische Anatomie weder besäße noch jemals besitzen würde¹».

Der Kampf HOCHES gegen das anatomische Dogma war aber eigentlich nur ein Teil seiner Revolte, die er gegen die Krankheitseinheiten KRAEPELINS gerichtet hatte.

BUMKE schildert in seinem zitierten Referat die damalige Situation fast dramatisch. «Wer überhaupt für einen Kliniker gelten wollte, durfte nur Krankheitseinheiten kennen. Einheitlich war die Ätiologie, einheitlich Pathogenese und Anatomie, als einheitlich mußten sich vor allem aber auch Verlauf und Ausgang der Krankheiten erweisen².» Nun erklärt HOCHÉ, daß das Forschen unter der Idee der Krankheitseinheit im Sinne von KRAEPELIN «die Jagd nach einem Phantom» sei. Die Idee der Krankheitszweiheit in der Psychiatrie hielt HOCHÉ für ein aussichtsloses utopisches Bemühen.

Die ketzerischen Gedanken HOCHES führten zu seiner *Syndromenlehre*, die er an die Stelle der Krankheitseinheiten setzen wollte. Die Grundidee dieser Syndromenlehre war die, daß im Nervensystem bestimmte feste Kopplungen immer wiederkehrender seelischer Elementarvorgänge *vorgebildet* bereit stehen, d. h. innerlich zusammenhängende Symptomenkomplexe, welche durch die verschiedensten Anlässe mobilisiert werden können.

Der Kampf HOCHES gegen die Zweiheitsidee KRAEPELINS und im allgemeinen gegen die Idee der Krankheitseinheiten führte in der Tat zu einer neuen Schule der Syndromenlehre und später zu einer mehrdimensionalen Diagnostik. Die exogenen Symptomenkomplexe BONHOEFFERS (1909), die Aufstellung der Typenlehre BUMKE waren nur die ersten Früchte des Ansturms HOCHES gegen das KRAEPELINSche System.

Die Unterströmung der Syndromenlehre in der Psychiatrie schien nach etwa zwei Jahrzehnten sogar KRAEPELIN zu bekehren. In einer Arbeit aus dem Jahre 1920 schreibt KRAEPELIN³ selbst, «daß zahlreiche Äußerungsformen des Irreseins durch vorgebildete Einrichtungen des menschlichen Organismus ein für allemal festgelegt sind und sich daher überall in gleicher Weise abspielen, wo die Vorbedingungen dazu gegeben sind». Da aber – schreibt KRAEPELIN weiter – die vorgebildeten Einrichtungen nicht auf einen bestimmten Krankheitsvorgang beschränkt sind, sondern durch verschiedenartige krankmachende Einwirkungen in gleicher Form hervorgerufen werden könnten, müsse man «die Annahme, daß diese oder jene Störung für einen bestimmten Krankheitsvorgang kennzeichnend sei, auf das äußerste» einschränken.

BUMKE stellt fest: «Der Führer der klinischen Schule hatte sich zu HOCHES Ansichten bekannt⁴.» Trotz dieser Bekehrung KRAEPELINS zu der Auffassung der Syndromenlehre ist die Idee der Zweiheitspsychosen, teils auch durch die KRETSCHMERSche Schule, fast unverändert in den meisten Kliniken und Anstalten ungestört bis heute *die* klinische Psychiatrie geblieben. Nichts beweist dies besser als der Umstand, daß 1942 der Neuschöpfer der Syndromenlehre, CARL SCHNEIDER, in seinem Buch⁵ noch genau so die Idee der Zweiheitspsychosen bekämpfen mußte, wie sein Vorgänger HOCHÉ es vor etwa 40 Jahren getan hatte.

Wenn man die Syndromenlehre HOCHES mit der Lehre SCHNEIDERS über die

¹ HOCHÉ: Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Hirschwald, Berlin 1902.

² BUMKE; Zit. Arbeit S. 19 ff.

³ KRAEPELIN: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 62, S. 1. 1920. (Zit. nach BUMKE, S. 24.)

⁴ BUMKE: S. 25.

⁵ SCHNEIDER, CARL: Die schizophrenen Symptomverbände. Springer, Berlin 1942. Vgl. hierzu Kapitel II, Triebfaktoren als «Radikale».

«Symptomverbände» vergleicht, dann kann man als Gemeinsames in der Idee folgendes herausheben:

1. Beide bekämpfen die Idee der Krankheitseinheit im Sinne KRAEPELINS.
2. Beide versuchen, die Vielheit der psychopathologischen Erscheinungsbilder auf gewisse innerlich zusammenhängende Symptomkomplexe, auf bestimmte Verbände wiederkehrender seelischer Elementarvorgänge zurückzuführen, auf Verbände, die im Nervensystem eines jeden Menschen vorgebildet bereitstehen.

CARL SCHNEIDER geht in seiner Idee weiter. Er versucht aus den Beobachtungen der Symptomverbände bei Schizophrenen biologische «Funktionsverbände» zu gewinnen, die er als «Elemente alles Leib-Seelen-Lebens» erachten möchte.

Das will sagen, das normale Seelenleben bestehe aus biologisch selbständigen Funktionseinheiten, welche jeweils mehrere seelische Vorgänge, so des Denkens, Fühlens, Wollens usw., in einem Funktionsverband zusammenschließen. Man nennt sie *biologische* Radikale. Diese Funktionseinheiten als Radikale wirken im Gesunden in engster Verbindung zusammen. Dagegen verändern sie sich bei Kranken dadurch, daß sie getrennt werden. Eben durch diese krankhafte Isolierung werden die Funktionsverbände nur im Krankheitsprozeß sichtbar.

Durch die Syndromenlehre wurde die Frage nach einer *klinischen Diagnose* völlig uninteressant. An Stelle der klinischen Diagnose drängt allmählich die neue Frage nach dem «Aufbau der Psychose» und die «Strukturanalyse» in den Vordergrund (BIRNBAUM)¹.

Die Ideeverschiebung von Einheit und Zweiheit der Erkrankungen in der Richtung der *Vielheit* der Syndromenlehre begrenzte sich aber nicht nur auf das Gebiet der Psychiatrie und Psychopathologie. Auch die *organische Neurologie* mußte diese Wandlung der Aspekte mit den Jahren erleben.

1929 erschien die Neurologie KROLLS unter dem Titel «Die neuropathologischen Syndrome». Sie ist die nämliche Revolte gegen die Einheitsdiagnosen in der Neurologie, wie die von HOCHNE gegen die Krankheitseinheit in der Psychiatrie war. KROLL schreibt in seiner Einleitung: «Oft ist das, was uns als ‚Krankheit‘ imponiert, keine Krankheit, sondern ein Syndrom, welches durch die verschiedensten Bedingungen, durch verschiedene Konstellationen mannigfaltiger Faktoren (*Tendoloo*), durch Faktorkoppelung, hervorgerufen wird².» KROLL stimmt KEHRER in der Auffassung zu, daß wie in der Psychopathologie so auch für die Neurologie eine «Strukturanalyse» nötig sei. KROLL betont mit Nachdruck, daß die organisch-neurologischen Krankheitserscheinungen tief in den Reaktionen des normalen Organismus wurzeln. «Wir müssen», schreibt KROLL, «in diesem Sinne von *Syndrom* lediglich als dem *Vordergrund*, dem *Mittelpunkt des klinischen Bildes*, sprechen und einen *Hintergrund* unterscheiden, der in *Reaktionen des gegebenen Individuums* in gesundem, *prämorbidem* Zustand wurzelt, sich nicht auf das Nervensystem beschränkt, sondern vielmehr in allen Geweben und Organen verankert ist, der durch alle mannigfaltigen Faktoren, sowohl zeitlichen als auch räumlichen, der In- und Umwelt mitbestimmt ist. So kommen wir zur Strukturformel nicht der Nervenkrankheit, sondern des Nervenkranken³.» Wir sehen in dieser Auffassung KROLLS den Vorläufer der Idee unserer Triebdialektik zwischen «Vorder- und Hintergänger».

In der Triebdialektik haben wir immer den Standpunkt festgehalten, daß die Analyse der Strebungen im Vordergrund stets mit denen im Hintergrund zu *ergänzen* sei, da ja der Vordergänger mit dem Hintergänger zusammen die Ganzheit der Person ausmacht.

Es wäre meines Erachtens irrig, zu glauben, daß die Wandlung der Ideen über die Krankheitseinheit und -vielheit in der Psychiatrie einen abgeschlossenen geschichtlichen Vorgang darstelle. Es ist zwar unleugbar, daß die Syndromen-

¹ BIRNBAUM: Der Aufbau der Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 76, 1923.

² KROLL, M.: Die neuropathologischen Syndrome. Springer, Berlin 1929. S. 4.

³ KROLL, M.: S. 5.

lehre heute im Vordergrund des Interesses steht. Aber unter diesen syndromatischen Wellen finden wir in fast allen psychiatrischen Kliniken noch immer eine sehr starke Unterströmung der alten KRAEPELINSchen Anschauungen, nämlich die nach Krankheitseinheiten. Man kann diese Idee einfach nicht loswerden.

Dies kommt in der Kritik der KRAEPELINSchen Krankheitsbilder bei JASPERS klar zum Ausdruck. Er sagt: «Es muß in der Aufstellung der beiden Gruppen ein bleibender Wahrheitskern stecken, anders als in allen früheren Gruppierungen. Ihre Aufstellung hat sich auf der ganzen Welt durchgesetzt. . . , und sie ist heute im Prinzip unbestritten¹.»

II. Grundgedanken der experimentellen Psychodiagnostik mit Hilfe des Triebtests

Mit meinen Mitarbeitern mußte ich fast ein Jahrzehnt lang (1937-47) den Triebtest an Hunderten und abermals Hunderten von Fällen in mehreren Ländern anwenden, um den Schluß ziehen zu können, daß der Triebtest nicht nur eine Forschungsmethode der Tiefenpsychologie, sondern auch ein brauchbares *klinisches Verfahren zur Psychodiagnostik* darstelle.

Diejenigen Untersucher, welche in der Schweiz, in den Vereinigten Staaten, Holland, Frankreich, Belgien, Spanien, Deutschland usw. den Triebtest in der *klinischen Psychologie* derzeit anwenden und sich für die besonders schwere Deutungstechnik der Ergebnisse genügend vorbereitet haben, sind heute eindeutig der Ansicht, daß man mit dem Triebtest in der Tat die klinischen psychopathologischen Syndrome sogar «blind» diagnostizieren kann².

Hier wollen wir zuerst die Frage erörtern, wie dies möglich sei. Die vorläufige Antwort lautet: durch eine entsprechende Kombination der Idee der Krankheitseinheit mit der der Vielheit der Syndromenlehre. Zuerst suchten wir Deutungsmethoden im Testverfahren zur Erfassung der einheitlichen Krankheitsgruppen teils im Sinne der KRAEPELINSchen Idee der Zweiheit der endogenen Psychosen, teils im Sinne von FREUDS Idee über die Zweiteilung der Neurosen in Übertragungsneurosen (Hysterie und Zwangsneurose) und in «narzißtische Affektionen» (Melancholie, Schizophrenie).

Wir fanden brauchbare experimentelle, *testologische* Hinweise, mit Hilfe deren die Erkrankungsrichtung von Fall zu Fall in der Tat feststellbar ist. Dann suchten wir nach *Triebfaktorenverbänden*, also nach experimentellen Komplexen von Wahlreaktionen, die im Rahmen der Erkrankungsrichtung auch eine nähere, speziellere Bestimmung des psychopathologischen klinischen Syndroms ermöglichen. Durch eine glückliche Kombination der Idee der Einheit mit der der Vielheit sind wir heute in der Lage: 1. das seelisch Gesunde vom seelisch Kranken; 2. die Neurosen von den Psychosen zu trennen; 3. die besondere Art der neurotischen und psychotischen Syndrome festzustellen.

Nun wollen wir dies näher erläutern:

¹ JASPERS: S. 475.

² Vgl. die Referate in LEMMONS «Szondi Newsletter». Psychological Service Center University of Oklahoma, Norman, Vol. I/II, 1949/50.

Die Erfassung der Krankheitseinheit mit Hilfe des Triebtestes

Wenn wir in der experimentellen Psychodiagnostik von Erfassung der Krankheitseinheit sprechen, so beschränken wir diesen Begriff auf den der *Erkrankungsrichtung*. Wir suchen zuerst durch das Triebexperiment festzustellen, ob die Person klinisch eher die *zirkuläre* oder die *schizoforme* Richtung des Seelenlebens einschlägt oder aber gleichzeitig beide Richtungen verfolgt. Zur Feststellung der Erkrankungsrichtung stehen uns derzeit folgende experimentaldiagnostische (testologische) Merkmale zur Verfügung:

- A. die Bestimmung der Teilungsart der Triebgegensätzlichkeiten;
- B. die Bestimmung der Triebklasse;
- C. die experimentellen Faktorenverbände.

A. Krankheitseinheit und Teilungsart der Triebgegensätzlichkeiten

Auf Grund der allgemeinen Erörterungen in Kapitel III (Triebdialektik) kann man die Ergebnisse folgendermaßen diagnostisch verwerten:

I. Für eine *schizoforme* Erkrankungsrichtung sprechen:

1. die diagonale Zerspaltungsart der Triebgegensätzlichkeiten in der Variationsform «a», bei der die *weiblichen* Strebungen in den Vordergrund drängen.

Paradigma:

S		P		Sch		C	
+	-	+	-	+	-	+	-
				0	-		

Besonders wenn erstens diese Zerspaltungsweise der Gegensätzlichkeiten in drei Vektorgebieten, *inbegriffen das Ichgebiet (Sch)*, anzutreffen ist; zweitens wenn sich diese Zerspaltung in einer Zehnerreihe mehrmals wiederholt. Diese Spaltungsart zeigt testologisch die *Möglichkeit* einer simplen Schizophrenie mit autistischem, magischem Denken an.

Wir müssen aber schon hier mit Nachdruck betonen, daß die diagonale Spaltung nur auf die *anlagegemäße Möglichkeit* hinweist, daß die Person unter Umständen in der schizoformen Richtung erkranken *könnte*. Zur sicheren Diagnose benötigen wir noch andere testologische Zeichen, die wir im speziellen Teil der Syndromatik anführen werden. Hier möchten wir nur zeigen, daß die diagonale Spaltungsweise der Gegensätzlichkeiten ein Hinweis auf die schizoforme Erkrankungsrichtung darstellt.

2. Die diagonale Spaltungsart in der Variationsform «a» kombiniert mit der Unitendenz $Sch = 0 -$ avisiert insbesondere die *paranoide* oder die *paranoid-hebephrene* Erkrankungsrichtung. Einige Beispiele gibt Tab. 29.

3. Die *diagonale* Spaltungsart in der Variationsform «a» kombiniert mit der Tritendenz im Ich: $Sch = \pm -$, ist ein Hinweis auf eine *präparanoide* Seelenlage, in welcher die Person mit Zwangsideen oder Zwangshaltung bis zur katatoniformen Erstarrung das Paranoid zurückzuhalten versucht.

Einige Beispiele geben wir in Tab. 30.

Tabelle 29. Triebprofile von Paranoiden. Diagonale Spaltung mit projektiver Unitendenz im Ich

S	P	Sch	C	Fall Nr.	Profil Nr.
+ —	+ —	0 —	+ —	17, «Flora»	4, 5
+ —	+ —	0 —	+ —	Fall P.	4
+!!!—!!	+ 0	0 —	+ —	Fall P.	5, 8, 9, 10
+!!! —	0 0	0 —	+ —	Fall P.	1, 3
+ —	+ —	0 —	+ +	17, «Flora»	3, 9
+ —	+ —	0 —	+ ±	17, «Flora»	8
+ —	+ —	0 —	+ 0	Übung XVII, 16½jähr. Gymnasiast ¹	1
+ ±	+ —	0 —	+ —	16, 44jähr. Uhrmacher	8
+!! —	+ —	0 —	0 —	18, Luise, Tübingen	7, 8
+!! 0	+ —	0 —	0 —	18, Luise, Tübingen	9

Tabelle 30. Triebprofile von katatoniformen und zwanghaften Paranoiden
Diagonale Spaltung mit Tritendenz im Ich

S	P	Sch	C	Fall Nr.	Profil Nr.
+! —	+ —	± —	+ —	20, A. F., 51jährig	5
+ —	+ —	± —	0 +	34jährige Schauspielerin	1
+ —	+ —	± —	— 0	34jährige Schauspielerin	5
+ —	+ ±	± —	+ —	20, A. F., 51jährig	1

Die Tritendenz-Formel $\pm -$ enthält natürlich die diagonale Spaltung $+ -$ in sich.

4. Die diagonale Spaltungsart «b», welche auf den «ödipalen» Elternhaß hinweist, zeigt in der Kombination mit der Unitendenz $Sch = 0 +$ den *paranoiden Größenwahn* als Erkrankungsrichtung an:

Beispiele:

Tabelle 31. Triebprofile von paranoidem Größenwahn

S	P	Sch	C	Fall Nr.	Profil Nr.
— +	— ±	0 +	— +	21, H. G., 16jähriger Gymnasiast	10
— ±	— ±	0 +!	— +	21, H. G., 16jähriger Gymnasiast	11
— ±	— —	0 +	+ 0	Sch., 21jähr. Mathem.	8
+ ±	— 0	0 +	0 —	Sch., 21jähr. Mathem.	3

5. Für das *Paranoide* spricht auch eine *mehrfache Unitendenz* in Form $0 -$, insbesondere in der Mitte des Profils.

¹ SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik, S. 123. Die arabisch numerierten Fälle werden in diesem Buch eingehend erörtert.

Tabelle 32. Triebprofile von Paranoiden. Mehrfache Unitendenz

S	P	Sch	C	Fall Nr.	Profil Nr.
+ +	0 —!	0 —!	+ —	929, Fall Tübingen	2
+ ±	0 —	0 —	+ —	16, J. B., Uhrmacher	4, 5, 7, 9
+ 0	0 —	0 —	± ±	B. R. Sch. ¹	5
+!! +!	0 —!!	0 —	0 0	24, E. Z.	2
0 —	+ —	0 —!!	0 —	655, Fall Tübingen	4

6. Für die katatoniforme Erkrankungsrichtung sind folgende Teilungsarten charakteristisch:

a) Unitendenz in der Mitte in Form von — 0 — 0 oder 0 — — 0 kombiniert mit einer negativen Legierungsform im Kontakt $C = — —$, d. h. mit einer Kontakt- und Mundsperr.

b) Unitendenz im Affektgebiet $P = 0 —$; — 0, diagonale Spaltung (Hemmung) im Ich $Sch = — +$ kombiniert mit Kontaktsperre $C = — —$.

Beispiele:

Tabelle 33. Triebprofile von Katatonen

S	P	Sch	C	Fall Nr.	Profil Nr.
± +	— 0	— 0	— —	22, P. H.	4
+! +!!!	0 —	— 0	— —	Fall S. ²	1
0 +!!!	0 —	— +	— —	22, P. H.	9
+! +!!	0 —	— +	— —	Fall S. ²	10

Wir betonen hier, daß nur die besondere Kombination dieser Teilungsarten, nicht aber eine in der Mitte oder am Rande allein auf die Möglichkeit einer katatoniformen Erkrankungsrichtung hinweist.

II. Für das manisch-depressive Irresein sind folgende Teilungsarten der Gegensätzlichkeiten bezeichnend:

1. Für die depressive Phase:

a) diagonale Teilungsart in Variationsform «a» im Ich $Sch = + —$, im Sexus oder im Kontakt;

b) diagonale Spaltung im Ich $Sch = + —$ kombiniert mit Tritendenz im Kontakt $C = + ±$.

c) Unitendenz im Ich in Form von $Sch = + 0$ kombiniert mit diagonalen Spaltung im Sexus $S = + —$ oder umgekehrt: diagonale Spaltung im Ich $Sch = + —$ mit Unitendenz im Sexus $S = + 0$.

¹ BOSSHARD: Das Paranoid im Lichte der experimentellen Triebdiagnostik. Diplomarbeit Zürich.

² SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik, Abb. 66, S. 252.

Beispiele:

Tabelle 34. Triebprofile von Depressiven

S	P	Seb	C	Fall Nr.	Profil Nr.
0 0	-! +	+ -	+ -	30, 45jährige Frau	1
+ 0	0 0	+ -	+! -!!	30, 45jährige Frau	6
+ -	0 -	+! -	+ ±	30, 45jährige Frau	7
+ -	- +	+ 0	+ ±	30, 45jährige Frau	4
0 -!	+ -	+ -	+! ±	R. E., 20jährige Frau	2

2. Für die *manische* Phase sind folgende Teilungsweisen der Gegensätzlichkeiten kennzeichnend:

a) Unitendenz im Kontakt in Form von $C = 0 -$ (hypomanische Reaktion) kombiniert mit einer *negativen* Legierung im Ich, oft mit *Triebüberdruck im Faktor k*: $Seb = -! -$ und gleichzeitig eine *positive* Legierung im Sexus mit *Triebüberdruck im Faktor s* und eventuell auch im *b*: $S = +! +!!$.

Beispiele:

Tabelle 35. Triebprofile von Manischen

S	P	Seb	C	Fall Nr.	Profil Nr.
+! +!	+ -	-! -	0 -	31, 49jährige Frau	6
+! +!!!	0 0	-! -	0 -	31, 49jährige Frau	8
+! +!	0 -	- -	0 -!	33jähriger Mann	4
+ +!	+ -	- -	0 -	33jähriger Mann	6

Über die besonderen Teilungsarten bei den verschiedenen Neurosen wird in der speziellen Syndromatik der Neurosen ausführlich berichtet werden.

B. Experimentelle Erfassung der Krankheitseinheit und der Erkrankungsrichtung durch die Triebklassen

Über Wesen und Bestimmung der Triebklassen haben wir im Kapitel XI der «Experimentellen Triebdiagnostik» (S. 65 ff.) ausführlich berichtet. Hier begnügen wir uns mit einer kurzen Darstellung der Bestimmung der Triebklasse:

Bekanntlich herrscht in jedem Triebvektor eine innendialektische Spannung, die durch die Differenz der Triebchicksale der zwei aneinandergelassenen Triebfaktoren bedingt ist. Sind die Triebchicksale der zwei synergistischen Faktoren die nämlichen und sind beide Ansprüche gleich groß, so ist eigentlich keine intravektorielle Spannung da, weil sich die zwei gleichgerichteten Tendenzen wechselseitig steuern.

Dies ist der Fall: 1. bei der Legierung: + + oder - -;
2. bei der Integration: ± ±;
und 3. bei der Desintegration: 0 0.

Dagegen ist die intravektorielle Spannung maximal groß bei der Unitendenz (+ 0, 0 +, - 0, 0 -). Hier fehlt nämlich der eine Faktor völlig im Vordergrund, dagegen drängt eine Tendenz des synergistischen Partnerfaktors, *ohne gebremst zu sein*, allein in den Vordergrund.

Jede Unitendenz wirkt dynamisch etwa so wie ein Triebüberdruck. Das Kräfteverhältnis 0:3 ist dynamisch gesehen das nämliche wie 2:5 oder 3:6. In den Fällen von Unitendenzen ist also die Triebgefahr durch den Ausfall der Selbststeuerung seitens des Partners sehr groß.

Bei Serienuntersuchungen können wir die Größe der Triebgefahr auch *quantitativ* ausdrücken und die Triebgebiete bezüglich der Größe der Triebgefahren miteinander vergleichen. Dieses Verfahren führt zur *Bestimmung der Triebklasse*. Wir zählen zusammen, wie häufig die Person in jedem Faktor sogenannte *Symptomreaktionen*, also *Null-* oder *ambivalente* Reaktionen liefert. Die ambivalenten Reaktionen werden deswegen zu den Symptomreaktionen, also zu den Entladungsreaktionen gezählt, weil der Erfahrung nach – abgesehen von den Zwangsneurotikern – die ambivalenten Reaktionen eigentlich die *Vorphase* der Entladung darstellen.

Der *Tendenzspannungsgrad* ist die Summe der Null- und ambivalenten Reaktionen. Er ist ein Maßstab für die *Entladungsbereitschaft* eines Bedürfnisses.

Die *Tendenzspannungsdifferenz* drückt die Differenz der Grade der Entladungsbereitschaft zwischen den zwei synergistischen Faktoren eines Vektors aus. Er gibt diejenige Größe an, mit der die intravektorielle Spannung, also die Größe der intravektoriellen Triebgefahr, quantitativ gemessen werden kann.

Nehmen wir den extremen Fall, in dem jemand die Unitendenz $Sch = 0$ — in einer Zehnerserie 10mal liefert.

Der Tendenzspannungsgrad k ist gleich 10.

Der Tendenzspannungsgrad p ist aber 0.

Das will sagen: Die Person entlädt den Faktor k 10mal, während sie den Gegenfaktor p in der Zehnerserie nie entladen konnte.

Die Tendenzspannungsdifferenz ist demnach: $10 - 0 = 10$.

Gibt die Person in einer Zehnerserie 10mal die Tritendenz $Sch = \pm$ —, so ist die Tendenzspannungsdifferenz ebenfalls = 10, da man ja die Reaktion $\pm k$ als Vorentladungsreaktion auffassen kann. In der Tat ist ja das $Sch = \pm$ — Vektorbild die Vorphase des $Sch = 0$ —-ICh-zustandes.

Wir können summarisch die intravektoriellen Spannungszustände in zwei Formeln ausdrücken:

1. als *Triebformel*:

$$\begin{aligned} \text{im Fall der 10maligen Unitendenz } Sch = 0 \text{ —} &= \frac{k_{10}^0}{p_0} \\ \text{in der Tritendenz } Sch = \pm \text{ —} &= \frac{k_{10}^{\pm}}{p_0} \end{aligned}$$

In der Triebformel werden also die Ergebnisse von 10 oder mehr Triebprofilen summarisch dargestellt. In einer Bruchformel werden anstelle des Zählers die Leitbuchstaben der Symptomfaktoren (hier k^0 oder k^{\pm}) mit der Indexziffer der Häufigkeit (10) dieser Reaktionen angegeben. Als Nenner schreiben wir die Leitbuchstaben der krankmachenden (gefahrbringenden) Wurzelfaktoren, die also von der Person nie oder fast nie entladen werden. Als Index vermerken wir zu den Wurzelfaktoren oben die Richtung der Reaktionen, unten die Häufigkeit der Entladungsreaktionen (hier also: p_0).

2. Die gleiche Triebformel kann aber auch in Form des *Latenzgrades* ausgedrückt werden. Hier geben wir anstelle des Zählers den Vektor an, als Index den krankmachenden oder gefahrbringenden spezifischen Faktor mit dem Zeichen seiner Tendenzrichtung (+ oder —). Im Nenner wird die Größe der Tendenzspannungsdifferenz vermerkt.

In unserem Beispiel (sowohl bei der Uni- wie bei der Tritendenz) ist demnach der

$$\text{Latenzgrad} = \frac{Schp^-}{10}$$

Wir nennen diese Formel deswegen *Latenzgrad* oder *Latenzgröße*, weil in ihr die faktorielle Stelle (hier p) und der *Grad der gefahrbringenden Tendenz* (hier 10) vermerkt, also eben diejenige Tendenz dargestellt wird, die aus der Latenz, aus der Verborgenheit hinausdrängen möchte. Der Nenner gibt die Größe der Gefahr an. In der Sprache der Tribdialektik kann man also sagen, daß der *Latenzgrad auf die Stelle und Größe derjenigen Gefahr hinweist, die durch die besonderen Teilungsarten (Uni- oder Tritendenz) zustande kommt*. Der große Vorteil dieser Formelsprache zeigt sich in zwei Richtungen:

Erstens darin, daß die Ergebnisse von Serienuntersuchungen in *einer einzigen Formel* ausgedrückt werden können. Zweitens darin, daß man *durch die Latenzgrade die vier Triebgebiete (S, P, Sch und C) bezüglich der Triebgefahren miteinander in Beziehung zu bringen und zu vergleichen vermag*. Die Verhältnissreihe der Latenzgrade nennen wir *Latenzproportionen*. Die *Latenzproportionen geben der Reihe nach die Größen der Triebgefahren in den vier Triebgebieten in einer Zehnerserie an*.

Ein Beispiel: Ein 44jähriger Uhrmacher (Fall 16, J. B.), der wegen einer paranoiden Schizophrenie interniert ist, gab folgende Latenzproportionen:

$$\frac{Schp^-}{10} : \frac{Phy^-}{6} : \frac{Sb^+}{6} : \frac{Cd^+}{3}$$

Die größte Triebgefahr herrscht also im Sch -Vektor (10); sie ist durch die Projektionstendenz (p^-) verursacht.

Der Mensch gehört derjenigen Triebklasse an, in der der Latenzgrad, also die Triebgefahr, der größte ist.

Der 44jährige Uhrmacher gehört demnach zur Zeit der Untersuchungen der $Schp^-$ -Klasse an. Die Triebklasse zeigt die Erkrankungsrichtung an. Der Mann ist in der Tat ein *paranoider* (p^-) *Schizophrener* ($Schp^-$).

Die Triebklasse gibt uns demnach Auskunft auf die Frage: *Wo herrscht aktuell im Triebleben der Person die größte Triebgefahr?* Die Bestimmung der Triebklasse weist also auf dasjenige Triebgebiet hin, in dem die Person durch Unitendenzen ($+0, 0+, -0, 0-$) oder durch Tritendenzen ($+ \pm, - \pm, \pm +, \pm -$) am häufigsten gefährdet wird.

Das erstaunliche Ergebnis dieser empirischen Untersuchungen der Triebklasse war folgendes:

1. Triebklasse $Schk^-$ ist ein Hinweis auf die *katatonischizoforme* Erkrankungsmöglichkeit;
2. Triebklasse $Schp^-$ auf die *paranoide* Form der Schizophrenie;
3. Triebklasse Cd^+ auf die *depressive*,
4. Triebklasse Cm^- auf die *manische* und *hypomanische* Form der zirkulären Erkrankung.

Jede der obenerwähnten vier Triebklassen kann entweder durch Überwiegen einer *Unitendenz* ($Sch = -0$ oder $0-$; $C = +0$ oder $0-$) oder einer *Tritendenz* ($Sch = - \pm$ oder $\pm -$; $C = + \pm$ oder $\pm -$) zustande kommen.

Auf die Frage, ob eine Unitendenz oder eine Tritendenz in den obenerwähnten Triebklassen die Triebgefahr verursachte, antwortet die Triebformel.

I. *Triebklasse* $Schk^-$ weist

1. mit der Triebformel $\frac{p^0}{k^-}$ auf die Unitendenzgefahr $Sch = -0$, also auf die Triebgefahr durch Verneinung oder Negativismus hin;
2. mit der Triebformel $\frac{p^\pm}{k^-}$ auf die Tritendenzgefahr durch $Sch = - \pm$, also auf die Gefahr durch Entfremdung hin.

Falls im Experiment die $Schk^-$ -Klasse mit einer Kontaktsperre $C = - -$ kombiniert erscheint, müssen wir an eine Erkrankungsmöglichkeit in der Richtung *katatonischizoform* schließen. Dabei repräsentiert natürlich die $\frac{p^0}{k^-}$ -Variation, also die Unitendenz, die schwerere Form, die $\frac{p^\pm}{k^-}$ -Variation die Vorphase der katatonischizoformen Erkrankung in der Phase der Entfremdung.

II. *Triebklasse* $Schp^-$:

1. mit der Triebformel $\frac{k^0}{p^-}$ ist die klassische Triebklasse der *Paranoiden* mit der Unitendenzgefahr: $Sch = 0 -$. Hier drängt die Projektion ohne Maß und

Stellungnahme ($k = 0$) allein in den Vordergrund. Diese Form ist stets gefährlicher als die

2. mit der Triebformel $\frac{k^{\pm}}{p^{-}}$, die also auf die Tritendenzgefahr $Sch = \pm -$ hinweist. Hier sprechen wir nur von einer Vorphase des Paranoiden, da ja die Person die krankhaften Projektionen ($p = -$) mit Zwang ($k = \pm$) abzuwehren versucht. Zumeist reißt die Person aus, da sie die Umgebung ihres Projektionsdranges wegen nicht auszuhalten vermag.

III. Triebklasse Cd^{+} :

1. mit der Triebformel $\frac{m^0}{d^{+}}$ ist eine schwerere Form der *Depression* als die

2. mit der Triebformel $\frac{m^{\pm}}{d^{+}}$.

Variation 1 weist auf die Unitendenzgefahr des ewigen, unstillbaren Suchens nach dem einmaligen, verlorenen Objekt hin.

Variation 2 kommt besonders am Anfang oder am Ende der Melancholie zum Vorschein. Sie stellt die Kontaktgefahr durch die Tritendenz ($C = + \pm$), also die der *Ambivalenzbindung* ($m = \pm$) dar.

IV. Triebklasse Cm^{-} :

1. mit der Triebformel $\frac{d^0}{m^{-}}$ ist die schwere Form der *manischen* Erkrankung oder der hypomanischen Haltlosigkeit, die durch die Unitendenz $C = 0 -$ zustande kommt. Sie zeigt, daß die Ablösungstendenz, das maßlose Freisein-Wollen von allen Bindungen an die Welt allein in den Vordergrund drängt.

2. Die zweite Variation mit der Triebformel $\frac{d^{\pm}}{m^{-}}$ ist als die Vorphase der Manie zu deuten. Sie kommt durch die Tritendenzgefahr ($C = \pm -$), d. h. durch die der Anklammerungsunfähigkeit zustande. (Es fehlt die Reaktion $m = +$.) Das Suchbedürfnis ist ebenfalls unsicher ($d = \pm$). Aus der Erfahrung wissen wir, daß diese Variation der Cm^{-} -Klasse auf die Vorphase einer Haltlosigkeit hinweist:

*

Wir wollen nun die Lehre der allgemeinen Syndromatik und allgemeinen Psychodiagnostik bezüglich der Frage der *Krankheitseinheit* zusammenfassen:

1. Die Ergebnisse der Triebuntersuchungen 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, betont 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 demnach die Triebfaktoren, die Triebradikale, die Krankheits-einheiten, die Erkrankungsrichtung.*

Die Erkrankungsrichtung wird 1. durch die besondere erbbedingte Teilungsart der Triebgegensätzlichkeiten, 2. durch das besondere Triebgebiet bedingt,

wo die Triebgefahr relativ am größten ist; 3. durch die besondere Art der Ichabwehr. (Siehe Band II.)

4. Die ständige Triebgefahr durch wiederkehrende Unitendenz (oder Tritendenz) auf dem Gebiete des Ichvektors weist besonders mit Triebüberdruck auf eine schizoforme Erkrankungsöglichkeit hin, die Unitendenzgefahr $k-$ in der Richtung einer *katatoniformen*, die Unitendenzgefahr $p-$ in der Richtung einer *paranoiden* Erkrankung. Das Paranoid wird auch durch die besondere mehrvektorielle Teilungsart der diagonalen Zerspaltung der Gegensätzlichkeiten – inbegriffen des Ichgebietes – bestimmt und experimentell sichtbar gemacht. Für das Katatonoide ist neben der Triebklasse *Sch* $k-$ die Kontaktsperre ($C = - -$) pathognomisch.

5. Die zirkuläre Erkrankungsrichtung wird im Triebexperiment durch die relativ größte Triebgefahr auf dem Gebiete des *Kontakttriebes* angezeigt. Die *depressive* Phase wird durch die Uni- oder Tritendenzgefahren d^+ , die *manische* Phase durch die Unitendenzgefahr $m-$ testologisch durchleuchtet.

6. Die Idee der Krankheitseinheit fußt diesen experimentellen Untersuchungen nach auf der triebbiologischen Tatsache, daß ein jeder Mensch eine besondere *Triebanlage* in sich trägt, die *es bestimmt, wo sich die größten Triebgefahren unter Umständen einstellen könnten*. Nur in diesem Sinne kann man demnach die Idee der Krankheitseinheit aufrechterhalten. Das Wesen der Katatonie macht triebpsychologisch die negative Egosystole, d. h. der maßlose Drang zur Entwertung aller Werte, zur Negation aus. Das Wesen des Paranoiden liegt in der grenzenlosen Egodiastole, dem Projektions- oder Inflationsdrang. In der Depression ist das Wesentliche der unstillbare Drang zum Suchen, in der Manie der maßlose Drang, sich von den Bindungen an die Welt loszulösen.

7. Das wichtigste Ergebnis der Triebuntersuchungen lautet: *Ein jeder Mensch trägt in seinem familiären Unbewußten die Triebanlage zu allen vier großen Erkrankungskreisen*, also zum Kreis der zirkulären (C), der schizoformen (*Sch*), der paroxysmalen, also hysteroepileptiformen (P) und der sexualen (S) Erkrankungsöglichkeit.

Es gibt also keine Zweifelt, sondern eine *Vierheit* der Krankengruppen. *Die individuellen Unterschiede prägen sich nur in den Proportionen der Grade dieser vier Krankheitsanlagen aus. Die Anlage zu den Erbpsychosen wird immer durch die Erbproportionen bedingt. Sie werden im Experiment durch die Latenzproportionen sichtbar gemacht.*

8. Die tiefenpsychologische Psychiatrie unterscheidet sich demnach von der klinischen Schulpsychiatrie hauptsächlich in zwei Punkten: 1. *Sie sucht die biologischen Radikale der Krankheitseinheiten in den Triebanlagen (Triebradikalen)*. 2. *Sie erfaßt die Geisteskrankheiten immer in den Proportionen, in den Kräfteverhältnissen der verschiedenen Triebgefahren.*

Nur von dem *Proportionsaspekt* der Krankheitsanlagen her ist es unserem Dafürhalten nach möglich, die Natur der Geisteskranken mehrdimensional zu erfassen, d. h. in allen Richtungen ihrer Erkrankungsöglichkeiten.

9. *An Stelle der klinischen Diagnosen müssen demnach in der Zukunft von Fall zu Fall die individuellen Proportionen der Trieb- und Krankheitseinheiten bestimmt werden.* Darin sehen wir die wichtigste Grundlage für eine psychosomatische Psychiatrie der Zukunft.

*

Diese Ergebnisse der experimentellen Triebforschungen bei Geisteskranken decken sich mit der Auffassung der neuzeitlichen Genealogie. Ein Vertreter dieser Schule, LUXENBURGER, schreibt: «Es ist möglich, daß ein Schizophrener neben dem vollen schizophrenen Genotypus manisch-depressive oder epileptische Teilanlagen besitzt und umgekehrt». . . «Ich bin sogar der Ansicht», schreibt er weiter, «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.* . . . Gegen eine solche Auffassung spricht ja neben der ungeheuer häufigen familiären Kombination von verschiedenen Erbpsychosen (auch bei Geschwistern) die große Zahl atypischer Schizophrenien, Zykllothymien und Epilepsien sowie jene schwer diagnostizierbaren Fälle, die man ‚Mischpsychosen‘ genannt hat¹.»

Diese Auffassung eines modernen Vererbungsforschers wird durch unsere experimentellen Triebforschungen völlig bestätigt. *Die Genealogie konnte aber bisher die individuellen und aktuellen Proportionen der Erbanlagen nicht feststellen.* Dies können wir aber mit Hilfe des Triebtestes heute schon. Das Schicksal eines Menschen als Individuum wird stets durch die persönlichen Proportionen seiner Erbanlage, insbesondere aber durch die seiner Triebanlagen geprägt. *Folglich muß auch jeder Geisteskranke in den Proportionen seiner Triebanlagen dargestellt und nie durch eine einzige klinische Diagnose willkürlich etikettiert werden.*

Es gibt Kliniken, in denen die Diagnose der Schizophrenie mehrfach vorherrscht im Vergleich zu anderen Anstalten, in denen eine andere Lieblingsdiagnose, z. B. die der Hebephrenie oder des Paranoids oder der Schizomanie oder der maniformen Schizophrenie usw., zu oft gestellt wird.

Es gibt Anstalten, in denen der Aspekt der Konstitutionstypologie so eindringlich ist, daß ein Geisteskranker mit einer pyknischen Körperverfassung auch dann als manisch-depressiv diagnostiziert wird, wenn das Krankheitsbild von den buntesten Halluzinationen und Wahnbildungen Monate hindurch geprägt wird. Die paranoid-schizophrenen Symptome werden kurz als *akzessorische* Erscheinungen des manisch-depressiven Krankheitsbildes betrachtet.

Für diese Tatsache werden wir später lehrreiche Beispiele anführen.

Unsere nächste Aufgabe ist, die Beziehung der Vielheit der Syndrome auf Grund unserer Triebexperimente zu prüfen.

C. Erfassung der Vielheit der Krankheitsbilder durch die experimentellen Syndrome

Es ist demnach eine nicht wegzuleugnende Tatsache, daß gewisse Menschen eine proportional übermäßig starke und durchdringliche Anlage innehaben, nur in *einer* Richtung seelisch zu erkranken. Experimentell werden diese Menschen durch das Übergewicht einer einzigen besonderen Triebgefahr ausgelesen, und zwar auf dem Wege des größten Latenzgrades und der Triebklasse. (Vgl. Tab. 36, Fälle 1 bis 5.) *Dieser Umstand spricht für einen Wahrheitskern der Idee der Krankheits-einheit.* Andererseits kann man aber die andere Tatsache auch nicht weglegen, daß es bedeutend mehr Menschen gibt, bei denen nicht nur eine Anlage, sondern *gleichzeitig zwei, drei* Anlagen dynamisch stark in den Vordergrund drängen und

¹ Zit. nach JASPERS: Allg. Psychopathologie, S. 472.

die seelische Erkrankung der Person gleichzeitig oder der Reihe nach in mehreren Richtungen bedingen können.

In der klinischen Psychiatrie werden aber auch diese Kranken zumeist nur in der einen Richtung ihres Krankheitsbildes diagnostiziert, hie und da höchstens als Mischformen erachtet.

Im Experiment geben diese Kranken gleich große Latenzgrade auf zwei, drei, oft sogar auf vier Gebieten des Trieblebens. (Vgl. die Fälle Nrn. 6–12 in der Tab. 36.)

Diesen zwei verschiedenen Krankengruppen entsprechend, spricht die experimentelle Triebdiagnostik:

einerseits von Fällen mit einer *einfachen, Unitriebsgefahr*, mit ungleichen (in-äqualen) Latenzgraden und dementsprechend von Fällen mit *Unitriebsklasse*; andererseits von Fällen mit *mehrfachen Triebgefahren*, mit bi-, tri- oder quadri-äqualen Latenzgrößen und entsprechend von *bi-, tri- und quadriäqualen Triebklassen*.

Tab. 36 bringt einige Beispiele zur Veranschaulichung dieses Tatbestandes.

Im *Beispiel 1* wird bei einem 16jährigen Mädchen die paranoide Schizophrenie mit Größenwahnideen durch die Triebklasse *Schp*⁺ mit einem maximalen Latenzgrad (10) experimentell sichtbar gemacht. Die drei anderen Triebgebiete sind gefahrlos. Die Unitendenz des Icherweiterungsbedürfnisses, der *Egodiastole*, ist proportional so überragend, daß man auf Grund des Triebexperimentes an keine andere Erkrankungsmöglichkeit denken kann als an die *paranoide Schizophrenie mit Größenwahnideen*. (Vgl. Fall 21.)

Im *Beispiel 2* ist bei dem 44jährigen Uhrmacher der Projektionsdrang proportional das stärkste Bedürfnis. Die klinische Diagnose ist in dieser Richtung ebenfalls eindeutig: *paranoide Schizophrenie mit Verfolgungswahnideen*. (Vgl. Fall 16.)

Im ersten Fall avisiert die Unitriebsklasse *p*⁺ die Größenwahnbildung, im zweiten Fall die Unitriebsklasse *p*[—] die Bildung der Verfolgungswahnideen. *Man kann demnach sogar die Richtung der Wahnbildungen experimentell sichtbar machen*. (Näheres Bd. II, Teil VI.)

Im *Beispiel 3* ist die klinisch eindeutige *Katatonie* durch die überragende Größe der *k*[—]-Triebgefahr, also durch die gefahrdrohende Unitendenz des *Negationsdranges*, experimentell ebenfalls eindeutig feststellbar. (Vgl. Fall 22.)

Im *Beispiel 4* lautete die klinische Diagnose: «manisch-depressiv». Diese Diagnose war falsch. Die experimentelle Diagnose wurde auf eine *präschizophrene Depersonalisation* gestellt. Die Psychoanalyse des Falles wie auch die Familienforschung bestätigten die Ergebnisse des Experimentes. Ein Vetter des Probanden hatte dieselbe Erbpsychose. Die Erkrankung begann mit manisch-depressiven Zügen und endete mit Schizophrenie und Selbstmord. (Vgl. Fall 29.)

Im *Beispiel 5* deckt sich die aktuelle klinische Diagnose mit der Triebklasse *Cm*[—] völlig. (Diagnose: *Manie*.) Zu diesem Fall kehren wir später zurück. (Vgl. Fall 31.)

Nun kommen wir zu den vergleichenden Untersuchungen der *Bitriebgefahren* und *Bitriebklassen* mit den klinischen Diagnosen.

Beispiel 6 wurde klinisch als *Trunksucht* diagnostiziert. Die genaue Triebanalyse informiert uns aber über die seelischen Vorgänge, die zur Trunksucht geführt haben. Die Frau war über alle Maßen von dem inneren Drang nach Suchen erfüllt. (*Cd*⁺-Triebklasse mit dem Latenzgrad 10!) Sie suchte Sexual-

Tabelle 36. Variationen der Latenzproportionen (Triebgefahren und Triebklassen)

Beispiel	Variationen der Triebgefahren und der Triebklassen	Latenzproportionen	Triebformel	Klinische Diagnose
1.	I. Unitriebgefahr Unitriebklasse (inäquale Latenzproportionen)	$\frac{Schp^+}{10} : \frac{Sb^-}{3} : \frac{Pe^{-+}}{2} : \frac{Cd^-}{1}$	$\frac{k^0}{p^+}$	G., 16jähr. ♀ Paranoide Schizophrenie. Größenwahn
2.	Unitriebgefahr Unitriebklasse (inäquale Latenzproportionen)	$\frac{Schp^-}{10} : \frac{Phy^-}{6} : \frac{Sh^+}{6} : \frac{Cd^+}{3}$	$\frac{k^0}{p^-}$	B., 44jähr. ♂ Uhrmacher. Paranoide Schizophrenie. Verfolgungswahn
3.	Unitriebgefahr Unitriebklasse (inäquale Latenzproportionen)	$\frac{Schk^-}{8} : \frac{Phy^-}{5} : \frac{Cd^-}{2} : \frac{S}{0}$	$\frac{p^0}{k^-}$	S., 24jähr. ♀ Sprachlehrerin. Katatone Schizophrenie
4.	Unitriebgefahr Unitriebklasse (inäquale Latenzproportionen)	$\frac{Schk^-}{8} : \frac{Phy^-}{3} : \frac{C}{0} : \frac{S}{0}$	$\frac{p^\pm}{k^-}$	V.S., 60jähr. ♂ Gutsbesitzer. Manisch-depressiv (?)
5.	Unitriebgefahr Unitriebklasse (inäquale Latenzproportionen)	$\frac{Cm^-}{10} : \frac{Schk^-}{3} : \frac{S}{0} : \frac{P}{0}$	$\frac{d^0}{m^-}$	Eva, 23jähr. ♀ Manie
6.	II. Bitriebgefahr Biäquale Triebklasse	$\frac{Cd^+}{10} : \frac{Ss^-}{7} : \frac{Schk}{2} : \frac{P}{0}$	$\frac{m^\pm}{d_0^{+II}}$	A., 49jähr. Hausfrau, ♀. Trunksucht
7.	Bitriebgefahr Biäquale Triebklasse	$\frac{Schp^-}{6} : \frac{Cd^{+II}}{5} : \frac{Ss^-}{2} : \frac{Pe^+}{2}$	$\frac{k^0 m^\pm}{p_0^- d_0^{+II}}$	F. G., 38jähr. Hausfrau, ♀. Paranoide
8.	Bitriebgefahr Biäquale Triebklasse	$\frac{Schk^-}{7} : \frac{Cm^-}{5} : \frac{Phy^-}{3} : \frac{S}{0}$	$\frac{p^0, \pm d^0}{k^- m^-}$	17jähr. Schauspieler, ♀ Nymphomanie Kleptomanie
9.	Bitriebgefahr Biäquale Triebklasse	$\frac{Schp^+}{6} : \frac{Sh^{+I}}{6} : \frac{Phy^-}{3} : \frac{Cm^-}{3}$	$\frac{k^0 s^\pm}{p^{+III} b^{+I}}$	Sch., 21jähr. Mathemat., ♂. Paranoide Größenwahn
10.	III. Triefgefahr Triäquale Triebklasse	$\frac{Cm^-}{8} : \frac{Schp^-}{7} : \frac{Sb^+}{6} : \frac{Phy}{3}$	$\frac{d^0}{m^-} ; \frac{k^0}{p^-} ; \frac{s^0}{b^{+II}}$	L. Sp., 29jähr. ♀ Organistin Hypomanische Phase im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung
11.	Triefgefahr Triäquale Triebklasse	$\frac{Schp^-}{4} : \frac{Cd^+}{3} : \frac{Phy^-}{3} : \frac{Ss^-}{1}$	$\frac{k^0}{p^-} ; \frac{m^\pm}{d^+} ; \frac{e^0, \pm}{by^-}$	E. W., 50jähr. ♀ Schizophrene Depression
12.	Triefgefahr Triäquale Triebklasse	$\frac{Schk^-}{5} : \frac{Cm^-}{5} : \frac{Pe^-}{4} : \frac{Sb^+}{1}$	$\frac{p^0}{k^-} ; \frac{d^\pm}{m^-} ; \frac{by^0}{e^-}$	F., 37jähr. ♂ Arbeiter. Epilepsie

objekte, denen sie sich *masochistisch* hingeben könnte (Ss^- -Triebklasse mit Latenzgrad 7). Die Süchtigkeit war für sie nur ein Notausgang aus dieser sexuell-perversen Triebgefahr.

Im *Beispiel 7* hat sich die klinische Diagnose nur auf das Paranoid beschränkt. Die experimentelle Triebanalyse zeigt aber klar, daß es sich um eine Misch-erkrankung des Paranoiden mit der *Depression* $\frac{Schp^-}{6} : \frac{Cd^+}{5}$ handelt.

Im *Beispiel 8* stellte man klinisch die Diagnose: *Nymphomanie mit Kleptomanie* auf. Die experimentelle Analyse der Triebgefahren fand zwar die Triebanlage zu einer *hypomanischen Haltlosigkeit* $\frac{Cm^-}{5}$, aber als die größere Triebgefahr erwies sich im Experiment doch die Anlage zur *Entfremdung*, zu *Depersonalisation als Vorstufe einer Schizophrenie* $\frac{Schk^-}{7}$ mit der Triebformel $\frac{p^\pm}{k}$, also mit einer Tritendenzgefahr der Entfremdung. Die Psychoanalyse des Falles fand in der Tat häufige Entfremdungs- und Depersonalisationserscheinungen.

Im *Beispiel 9* erfaßt die klinische Diagnose (Paranoid mit Größenwahn) ebenfalls nur die lärmende Triebgefahr der $\frac{Schp^+}{6}$, Unitendenz $\frac{k^0}{p^+}$. Dagegen vernachlässigte sie die gleich große Gefahr der *latenten Homosexualität*, die die Person stets verdrängte und die nur in der Psychoanalyse und natürlich in der experimentellen Triebanalyse in Form von $\frac{Sb^{+1}}{6}$ - Tritendenzgefahr sichtbar gemacht wurde.

Schon diese wenigen Beispiele aus der Gruppe der *Bitriebgefahren* und *Bitriebklassen* zeigen klar, *wie einseitig die klinische Diagnose bezüglich der Erfassung von seelischen Prozessen in der Praxis vorgeht*. Diese Einseitigkeit ist natürlich noch gewaltsamer in den Fällen, bei denen in der Tiefe eine Koppelung von drei Triebgefahren lauert.

Im *Beispiel 10* handelt es sich um eine 24jährige Organistin, die man in der psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen (Prof. E. KRETSCHMER) in der Epikrise wie folgt beurteilt hat: «Es handelt sich bei der Patientin um eine *hypomanische Phase im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung*.» Diese Kranke wurde auf Grund einer «blinden» Analyse ihrer Zehnerserie mit dem Triebtest von uns zusammenfassend wie folgt beurteilt:

«Patientin konnte zur Zeit der Aufnahme ‚maniform‘ erregt gewesen sein (die experimentelle Triebanalyse stimmt so weit mit der klinischen Diagnose: Manie). Auf Grund der Cm^- , $Schp^-$ -Klassenkoppelung müssen wir aber annehmen, daß die Erbstruktur der Patientin in beiden Richtungen belastet sei und daß im klinischen Bilde der paranoiden Schizophrenie *auch zirkuläre Stimmungsstörungen* eine Rolle spielen könnten.» Wir verdanken der Liebenswürdigkeit der Klinik genaue Auszüge aus der Krankengeschichte (Nr. 799). Wir werden diese Auszüge später wörtlich bringen. (Vgl. Fall 18.)

Aus diesen Auszügen kann man feststellen, daß diese *hypomanische* Kranke Symptome des *Gedankeneingebens*, des *Gedankenlautwerdens* und der *Halluzinationen* aufwies, also Symptome, die dem Krankheitsbild des *Paranoiden* zugehören. Sie bestätigen demnach die experimentell festgestellte Tatsache der *Vermischung des Manischen* $\frac{Cm^-}{8}$ mit dem *Paranoiden* $\frac{Schp^-}{7}$.

Nun fragen wir: *Warum vernachlässigte die klinische Diagnose diesen Symptomenkomplex des Paranoiden? Gehört denn dieses Symptombündel nicht auch zur Persönlichkeitsstruktur der Patientin?*

Die Antwort auf diese Frage gibt uns die Epikrise der Patientin, in der

1. der Verlauf und der Ausgang des Irreprozesses als typisch *zirkulär* dargestellt wird;
2. die Untersuchung eine vorwiegend *pyknische* Körperverfassung mit athletischen Einschlägen zeigte.

Das war vermutlich die Ursache, warum man das *paranoide* Syndrom in der Diagnose – auf Grund der alten Idee der Krankheitseinheit – vernachlässigen und es als Nebensächliches, als *Akzessorisches* auf die Seite legen mußte. Die Triebanalyse lehnt sich aber eben gegen diese einseitige, ungerechte Art der Erfassung von psychopathologischen Vorgängen auf.

Wir sind der Meinung, daß die *paranoide* Triebstruktur genau so zur Persönlichkeitsstruktur dieser Patientin gehört wie die *manische*. *Man darf das Paranoide in diesem Fall genau so nicht weglegen wie das Manische*. Beide Triebgefahren, wie diese im Triebtest sichtbar gemacht wurden: $\frac{Cm^-}{8} : \frac{Schp^-}{7}$, erfassen *zusammen* den seelischen Vorgang ihrer Psychose. Die Ganzheit der Person wird aber nach den Triebuntersuchungen sogar durch diese zwei ausgeprägten Triebgefahren nicht vollständig erfaßt. Denn bei ihr machte der Triebtest noch eine dritte Triebgefahr sichtbar, die sexuelle $\frac{Sb^+}{6}$. *Auch diese gehört unseres Erachtens genau so der Persönlichkeitsstruktur dieser Organistin an wie das Paranoide und das Manische*. Diese sexuelle Triebgefahr wird aber ebenfalls nur in der Krankengeschichte vermerkt. Laut der Epikrise neigte die Patientin *zu erotischen Entgleisungen*, so daß sie zu ihrem Schutz eingewiesen wurde. *Die sexuelle Triebgefahr war also doch vorhanden*.

Man könnte natürlich einwenden, daß die sexuelle Haltlosigkeit aus der *manischen* Erbstruktur abzuleiten wäre. Wir fragen aber: *Warum sucht sich das Manische in diesem Fall eben auf dem Sexualgebiet Befriedigung? Warum wurde sie nicht eine Trunksüchtige oder eine Narkomanin? Warum gerade erotoman?*

Wir haben testologische Belege für die Richtigkeit der Annahme, daß sie in einer unbewußten Gefahr der Homosexualität steckte. (Vgl. Fall 18.)

Die Person müssen wir demnach auf Grund der Triebanalyse nicht nur als *manisch* und *paranoid*, sondern auch als *latent homosexuell* betrachten. Diese Annahme wurde bekräftigt durch die eigene Aussage der Patientin: Beim Geschlechtsverkehr (mit Männern) eigentlich gleichgültig (S. 6). Sei nie gern zum Tanzen gegangen. Höchstens mit Freundinnen (S. 13). Die klinische Diagnose *Manie* ist nach unserem Dafürhalten ungenügend.

Im *Beispiel 11* wurde die klinische Diagnose auf *schizophrene Depression* gestellt. Sie entspricht genau den Triebgefahren: $\frac{Schp^-}{4} : \frac{Cd^+}{3}$. Die dritte Triebgefahr, die des *Sich-verbergen-Wollens* (Phy^-), die Flucht in eine krankhafte irrealen Phantasiewelt, wurde in der Diagnose nicht berücksichtigt.

Im *Beispiel 12* wurde klinisch nur die an der dritten Stelle figurierende Epilepsie $\frac{Pe^-}{4}$ diagnostisch erfaßt. Dagegen die zwei anderen Triebgefahren: erstens die der Ichsperre und katatoniformen Negation und Destruktion $\frac{Schk^-}{5}$ und zweitens

die latente Triebgefahr der periodischen Agitation und Haltlosigkeit $\frac{Cm^-}{5}$, wurden beiseite gelassen.

*

Aus den vergleichenden Untersuchungen dieser zwölf und mehrerer Hundert anderer Fälle in bezug auf klinische Diagnose und experimentelle Triebanalyse müssen wir folgende Schlüsse ziehen:

1. *Die klinische Diagnose im Sinne irgendeiner Krankheitsseinheit (manisch-depressives Irresein, Paranoid, Katatonie oder Epilepsie und so fort) ist nur in den Fällen triebpathologisch berechtigt, bei denen eine einzige Triebgefahr proportional und quantitativ die anderen weit überragt.* Das will sagen: in den Fällen der Unitriebklassen mit sehr hohem Latenzgrad (z. B. Fall 1). Diese Art der seelischen Erkrankungen ist aber in der Praxis außerordentlich selten vorzufinden.

2. Die psychopathologischen Erscheinungen zeigen dagegen in den meisten Fällen von Psychosen eine Vielheit im Krankheitsbild, die man nie einer einzigen Signatur irgendwelcher Krankheitsgruppe ohne Gewalt unterschieben kann. *Diese Vielheit der Symptome entspricht zumeist völlig den Ergebnissen einer genauen experimentellen Triebanalyse* auf Grund der Untersuchung der Triebgefahren (Triebklassen) wie auch einer voraussetzungsfreien klinischen oder tiefenpsychologischen Strukturanalyse.

3. *Anstelle der klinischen Diagnosen muß man demnach auf Grund der Krankengeschichte die Proportionen der klinischen Syndrome zusammenstellen und diese klinisch erfassbaren Syndrome mit den experimentell festgestellten Latenzproportionen (d. h. mit den Proportionen der vielfachen Triebgefahren und Triebklassen) vergleichen.* Das ist der richtige Weg zur Erfassung der Gesamtpersönlichkeit.

D. Faktorenreaktionen als Symptomenverbände

Man könnte schon hier einwenden, daß wir von den Psychiatern und den klinischen Psychologen zuviel verlangen. Wir mußten aber feststellen, daß sogar dieses Zuviel nicht genügt, um in der Tat die seelischen Tiefenvorgänge richtig erfassen und die Grenzen zwischen dem Gesunden und Kranken möglichst fehlerfrei bestimmen zu können.

Erstens wurde festgestellt, daß die Proportionen der spezifischen Triebgefahren nur die Richtungen der möglichen Seelenerkrankungen angeben können. Die Bestimmung der Proportionen der Triebgefahren und Triebklassen genügt allein noch nicht zur Entscheidung der Frage, ob der Mensch aktuell in der Tat seelisch krank oder noch gesund, aber gefährdet sei.

Zweitens stellte sich heraus, daß Kinder in den Entwicklungskrisen oft die nämlichen Triebgefahren erleben können wie die Geisteskranken oder Neurotiker. Die klinischen Symptome gestalten sich dennoch bei den Kindern anders.

Drittens wurde festgestellt, daß einige hochsozialisierte und sublimierte Personen im Triebexperiment die gleichen Triebgefahrzonen aufweisen können wie die Psychotiker.

Einige Kritiker der experimentellen Triebdiagnostik wollten übereilig behaupten, daß eben dieser Tatsachen wegen der Triebtest zur klinischen Erfassung

der Geisteskranken unbrauchbar sei. Die Gutmütigen unter ihnen fügten hinzu: zur Triebstrukturbestimmung aber sei der Test doch anwendbar.

Natürlich haben wir uns von diesen voreiligen Meinungen nicht stören lassen, und so kamen wir endlich zur Aufstellung von verschiedenen *experimentellen Syndromen* sowohl bei den Psychosen wie auch bei den Neurosen und Sexualabnormitäten. Diese experimentelle Syndromatik, die wir mit der Proportionsbestimmung der Triebgefahren (der Triebklassen) kombinierten, ist nun imstande, nicht nur die Schicksalsmöglichkeiten in bezug auf Erkrankungsrichtung anzugeben, sondern auch die Frage der Krankheit, Gesundheit, Sozialisiertheit und Sublimiertheit in exakter Weise zu entscheiden. Im speziellen Teil der Syndromatik werden wir diese Behauptung auf Grund von Beispielen demonstrieren können. Hier beschäftigt uns die allgemeine Frage, die der *Kriterien der experimentellen Syndrome*.

Bei der Aufstellung von experimentellen Syndromen führten uns nachstehende Kriterien:

1. Ein testologisches Syndrom ist eine Koppelung von minimal *drei* Faktorenreaktionen. Zwei bestimmte Reaktionen bilden noch keinen Faktorenverband. Am meisten sind diejenigen Faktorenverbände als pathognostische Syndrome verwendbar, die eine Koppelung von 4-5, evtl. 6 spezifischen Wahlreaktionen darstellen.

2. Ein testologisches Syndrom muß zu bestimmten Triebklassen eine besondere Affinität aufweisen.

3. Jedes experimentelle Syndrom darf nur für ein bestimmtes klinisches Bild charakteristisch sein. Diejenigen Faktorenverbände, die bei mehreren psychopathologischen Erscheinungen auftreten können, haben keine besondere pathognostische Bedeutung.

4. In den sogenannten Mischfällen müssen die wichtigsten Teilsymptome der einzelnen Faktorenverbände testologisch aufgefunden werden. Die Abänderungen müssen durch die wechselseitige Beeinflussung der gleichzeitig auftretenden Syndrome erklärt werden.

5. Ein experimentelles Syndrom muß die Grundvorgänge des psychopathologischen Geschehens *psychologisch* restlos verständlich machen.

6. Jeder experimentelle Faktorenverband muß im Laufe der Entwicklung, insbesondere zur Zeit der großen Entwicklungskrisen (erste und zweite Pubertät, Latenzperiode, Klimax, Rückentwicklung), vorübergehend als «Transitsyndrom» auftreten können. Natürlich darf man das Auftreten des betreffenden Syndroms in den Entwicklungsjahren nicht im pathologischen Sinne deuten.

7. Jedem pathologischen Syndrom soll womöglich ein entgegengesetztes *Sublimationssyndrom* entsprechen, in dem die nämlichen Faktoren mit den polar entgegengesetzten Richtungszeichen (z. B. das «positive Mörder-E» bei Sublimierung der Aggression) vorkommen. Die klinische Bedeutung dieser Sublimations-symptome muß natürlich das Gegensätzliche des Pathologischen darstellen.

Auf Grund dieser Kriterien haben wir brauchbare *Faktorenverbände* sowohl für die Psychosen wie auch für die Neurosen aufgestellt. Ein Teil dieser testologischen Symptomenkomplexe wurde schon in der «Experimentellen Triebdiagnostik» (S. 87-112 und Abb. 67-94) kurz dargestellt.

Im Folgenden wollen wir zuerst die experimentellen Syndrome der Psychosen besprechen.

SPEZIELLE EXPERIMENTELLE SYNDROMATIK DER PSYCHOSEN

I. Die experimentelle Syndromatik der Schizophrenie

1. Klinische Symptomenkomplexe

Es ginge über den Rahmen einer Triebpathologie, die einzelnen psychopathologischen Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe auch klinisch eingehend zu behandeln. Diesbezüglich müssen wir auf die Fachliteratur verweisen¹. Hier beschäftigen wir uns nur deswegen mit der klinischen Syndromatik der Psychosen, um die experimentell gefundenen Syndrome mit den entsprechenden klinischen Symptomenkomplexen in Beziehung bringen zu können.

Das klinische Bild der Schizophrenie wird im allgemeinen auf drei Symptomenkomplexe zerlegt: A. auf den *paranoiden*, B. den *katatonen*, C. auf den *hebephrenen* Verband.

A. Der klinische *paranoide* Symptomenkomplex besteht aus:

1. *Wahnbildungen*, wie Bedeutungswahn, sensitiver Beziehungs-, Beobachtungs-, Verfolgungs-, Eifersuchts-, Beschuldigungs-, Größenwahn, hypochondrische Wahnideen, Querulanz und so fort. Das Wahnsystem der Paranoiden ist mit messerscharfer Logik durchdacht und versteinert mit der Zeit.

2. *Komplex des «Gemachten» und des «Gedankenentzugs»*. Erlebnisse von «gemachten» oder abgezogenen Gedanken.

3. *Sinnestäuschungen* (Stimmen-Hören, optische Pseudohalluzinationen, Körperpersensation).

4. Dabei sind die Paranoiden gut orientiert, zugänglich und besonnen.

B. Der *katatone* Symptomenkomplex weist folgende entgegengesetzte klinische Symptome auf:

1. *Katalepsie*: Starre Haltung oder *Flexibilitas cerea*, wachsartige Biegsamkeit.

2. *Stupor* oder *motorische Erregung*. Der stuporöse Kranke bleibt völlig reaktionslos in maximaler Apathie und Sperre; tage-, wochen-, oft monatelang

¹ BLEULER, EUGEN: a) *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenen. Leipzig und Wien 1911. b) *Lehrbuch der Psychiatrie*, 7. Aufl. Umgearbeitet von Manfred Bleuler. Springer, Berlin 1942.

SCHNEIDER, CARL: a) *Die Psychologie der Schizophrenen*. Leipzig 1930. b) *Die schizophrenen Symptomverbände*. Springer, Berlin 1942.

Schizophrenie-Band in *BUMKES Handbuch* 1932 (K. WILMANN, GRUHLE, BERINGER, HOMBURGER, MAYER-GROSS, BÜRGER-PRINZ, WETZEL, G. STEINER und A. STRAUSS).

BLEULER, M.: *Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener*. Leipzig 1941.

WYRSCH, J.: *Die Person des Schizophrenen*. Haupt, Bern 1949.

STAEHELIN, J. E.: *Über präschizophrene Somatosc.* Schweiz. Med. Wschr. Jg. 1943.

JASPERS, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. 5. Aufl. Springer, Berlin 1948.

HAFFTER, C.: *Psychopathologie der Schizophrenie*. Schweiz. Arch. f. N. u. Ps., Bd. 56, H. 1.

KIELHOLZ, A.: *Zur Genese und Dynamik des Erfinderwahns*. Int. Ztschr. f. Ps., J. IX, 1923. — *Giftmord und Vergiftungswahn*. Int. Ztschr. f. Ps., J. XVII, 1931. — *Von den Quellen der Querulanz*. Schweiz. Arch. f. N. u. Ps., Bd. 42, 1938.

regungslos; er gibt von sich kein verständliches Zeichen seelischer Vorgänge. Er ist seelisch total gelähmt. Man unterscheidet einen *gespannten* Stupor mit Muskelstarre, einen *schlaffen* und einen *negativistischen* Stupor.

3. *Stereotypie*: Wiederholungen in Haltung, Körperstellung, Sprache (Verbigeneration), in der Wahl des Aufenthaltsortes usw.

4. *Manierieren* (Napoleon-, Bismarck-, Gandhi-Pose usw.).

5. *Negativismus*: Erfüllung innerer oder äußerer Befehle in entgegengesetzter Richtung. Negativismus ist die Verselbständigung der Gegenteilendenz (JASPERS).

6. *Befehlsautomatie*: Verselbständigung einer Tendenz ohne Gegenteilendenz (JASPERS). Nachmachung sinnloser Bewegungen (Echopraxie), Nachsprechen von Fragen (Echolalie).

7. *Kopropraxie* (Schmierien mit Kot, Speichel, Urin usw.).

C. Das klinische Bild der von KAHLBAUM und HECKER beschriebenen *Hebephrenie* wird von den meisten Psychiatern durch folgendes Syndrom gekennzeichnet:

1. Die Verblödung beginnt schon in der Pubertät. Nach E. BLEULER ist sie vom Alter unabhängig.

2. Das Benehmen wird durch *schauspielerische Posen*, gekünstelte Haltung, Deklamationen, Rezitieren, Gestikulationen merkwürdig theatralisch. Das *Pathetische, Ekstatische, Extravagante* (z. B. in Kleidung, Körperhaltung) ist bei Hebephrenen auffällig.

3. *Manische* und *depressive Phasen* wechseln ab.

4. Hypochondrische (paranoide) Wahnbildungen mit *Leibhalluzinationen* sind häufig.

5. *Sprunghaftigkeit im Denken, mit Vorliebe zu den höchsten Problemen*.

6. Oft Anzeichen von Homosexualität.

7. Eine phantastische Lügenhaftigkeit, ferner Stehlsucht und Unstetigkeit (Ausreißen), macht den Hebephrenen schon in der Jugend sozialabnorm. Seine *Aggressionsbereitschaft* ist gemeingefährlich (Anlage zu Totschlagen, Mord). In der Anstalt sind die Hebephrenen die unruhigsten Kranken.

Zu diesen drei klinisch gut eingebahnten Syndromgruppen der Schizophrenie kam (1942) die feinere und nach Auffassung des Autors dynamisch-biologisch besser fundierte Symptomverbandlehre CARL SCHNEIDERS¹.

Die heuristische Bedeutung dieser Lehre bestehe darin, daß man im Lichte dieser Denkart die Gesetze des Verlaufes der Schizophrenie und die dynamisch-biologischen Hintergründe des schizophrenen Krankheitsgeschehens aufzudecken vermag. Nun teilt CARL SCHNEIDER die Symptome der Schizophrenie auf Grund der Denkstörungsart in drei Reihen ein.

1. *Reihe*: Symptomverband des «*Gedankenentzuges*». Diese Denkstörung ist gekennzeichnet durch eine eigenartige Flüchtigkeit des Denkens, welche im Gegensatz zu der Gedankenkonstanz beim Gesunden steht. Ein Beispiel: «Die Gedanken sind gekommen und wieder fortgeflogen.» (L. K. 38/615. C. SCHNEIDER.)

2. *Reihe*: Symptomverband der «*Sprunghaftigkeit*». Das Leitsymptom bezieht sich auf das sprunghafte Denken. «Das Denken ist sprunghaft ohne Zusammenhang.» «Eine wirre Ablösung der Gedanken.» (BERZES Fall X, zit. n. C. SCHNEIDER, S. 83.)

3. *Reihe*: Symptomverband des «*Faseln*». Unter Faseln versteht C. SCHNEIDER das Durcheinanderweben der Teilmomente eines Gedankens. Ein Kranker von BERZE sagt: «Die Gedanken kreuzen sich, der eine Gedanke kommt, schiebt sich förmlich in den anderen hinein und bleibt darin stecken.»

Die einzelnen Reihen der Symptomverbände werden zwar von C. SCHNEIDER auf Grund der Störungsart in den Denkvorgängen betitelt, sie umfassen aber biologisch verschiedenartige Vorgänge des Denkens, Wollens, Fühlens usw.

¹ SCHNEIDER, CARL: Zit. Arbeit S. 189 ff.

Aus diesem Gesamtbild der schizophrenen Symptome schneidet nun nach dem Autor das Paranoid, die Katatonie und die Hebephrenie von den drei Reihen der Symptomverbände ganz spezifische Teile aus.

A. Das *Paranoid* baut sich aus folgenden Teilen auf:

1. Reihe Symptomverband des Gedankenzugs	2. Reihe Symptomverband der Sprunghaftigkeit	3. Reihe Symptomverband des Faseln
Doppeldenken, Gefühlspolarität, Versandung geistiger Gefühle, kosmisches Erleben, Entfremdung, Gedankenentzug, Gedankeneingeben, Gedankenlautwerden, Willensentmächtigung	Veränderung der dynamischen Gefühle, Veränderung der Vitalgefühle, physikalische Täuschungen	Innerer Gliederungsverlust, Verdichtung, Verschmelzung, Bedeutungswahn, Faseln, Störungen des Sachwertgefühls, der abstrahierenden Aufmerksamkeit, Vorstellungskonkretismus

Der Hauptträger der Veränderung ist nach C. SCHNEIDER bei dem *Paranoid* der *Verband des Faseln*.

B. Die *Katatonie* soll sich nach C. SCHNEIDER aus ganz anderen Teilen der Symptomverbände aufbauen.

1. Reihe Symptomverband des Gedankenzugs	2. Reihe Symptomverband der Sprunghaftigkeit	3. Reihe Symptomverband des Faseln
Lückenbildung ¹ Entgleisungen Substitutionen Sperrungen Gespannter Substupor	Schlaffe Substuporen	Faseln, Störungen der Ichwertgefühle, der abstrahierenden Aufmerksamkeit, Vorstellungskonkretismus, Parabulien, Parakinesen, negativistisch-parakinetische Substuporen

Bei der Katatonie findet man demnach die schwersten Entwicklungsformen der drei Symptomenverbände und in seltenen Formen nur den reinen *Stupor* vor, der nach SCHNEIDER die drei Formen von substuporösen Bildern (gespannt, schlaff und negativistisch) verbindet.

C. Die *Hebephrenie* wird durch folgende Ausschnitte der Symptomverbände aufgebaut:

1. Reihe Symptomverband des Gedankenzugs	2. Reihe Symptomverband der Sprunghaftigkeit	3. Reihe Symptomverband des Faseln
Kosmisches Erleben Entfremdung Gedankenentzug Gedankeneingeben Gedankenlautwerden Willensentmächtigung Störungen der Aufmerksamkeitstenazität	Innere Uncindringlichkeit Veränderung der dynamischen Gefühle Veränderung der Vitalgefühle Physikalische Täuschungen <i>Sprunghaftes Denken</i> Vorbeireden Störung der Aufmerksamkeit Drangenthemmung	Innerer Gliederungsverlust Verdichtung Verschmelzung Bedeutungswahn Faseln Störungen der Sachwertgefühle

Der Kern des hebephrenen Syndroms liegt nach SCHNEIDER im Verband der *Sprunghaftigkeit*.

¹ Nach CARL SCHNEIDER heißt (S. 81)

Lückenbildung: das sinnlose Ausfallen eines Gedankens oder Gedankenteilgliedes;

Entgleisung: Abgleiten vom Hauptgedanken auf einen Nebengedanken;

Substitution: Ersatz eines Hauptgedankens durch einen Nebengedanken;

Sperrungen sind nach KRAEPELIN Willensstörungen, die durch Beförderung der Gegenstreben und Gegenvorstellungen zustande kommen.

Im Kapitel über die Radikale wurde erörtert, daß nach Auffassung CARL SCHNEIDERS hinter den pathologischen Symptomverbänden der Schizophrenie drei physiologische Funktionsverbände stecken, welche als *biologische Radikale* der leib-seelischen Ganzheit aufzufassen wären. Eben die werden von der Krankheit betroffen. Ein jeder Symptomverband hätte «ein ihm eigentümliches anschauliches Erleben». So gehöre das Gefühl der Entfremdung und das Gedankenlautwerden zum Gedankenentzugsverband; der primäre Bedeutungswahn zum Verband des Faselns; die Leibhalluzinationen und die Gemeingefühlsstörungen zum Symptomverband der Sprunghaftigkeit.

Die Aufstellung der drei Symptomreihen in bezug auf das paranoide, katatone und hebephrene Syndrom interessiert uns besonders deshalb, weil wir, ähnlich wie C. SCHNEIDER, für diese drei klinischen Erscheinungsformen der Schizophrenie durch die experimentelle Triebanalyse verschiedene Triebgefahren und Triebklassen der Triebradikale festgestellt haben.

1. Für das *Paranoid* sind triebpsychologisch die Klassen der *Egodiastole*, also die $Schp^-$ - oder $Schp^+$ -Triebklassen bezeichnend, d. h. die Triebgefahr, welche durch das unbeschränkte Bedürfnis des Hinausverlegens, durch die Projektionsbereitschaft ($p = - !$) oder durch die maßlose Ausdehnung des eigenen Ichs durch Verdoppelung ($p = + !$) bedingt ist. Kurz: *Das Paranoid wird triebpsychologisch durch die Überfunktion der Egodiastole des biologischen Triebradikals p bestimmt.*

2. Das *katatone Syndrom* dagegen wird durch die Störung der anderen Ichfunktion, des anderen Triebradikals *k*, also durch die *Erkrankung der Egosystole, der Icheinengung* bedingt. Katatone gehören entweder der Triebklasse $Schk^-$ oder $Schk^+$ an. Ihre Triebgefahr besteht hauptsächlich in der *Überfunktion entweder der Negationstendenz* (bis zum Negativismus und Stupor) oder der *krankhaften Einverleibung der Allmacht* und der *kosmischen Kräfte*.

3. Das *hebephrene Syndrom* ist nach den Ergebnissen der Triebanalyse an die Triebklasse Phy^- gebunden, also durch die *paroxysmale, exhibitionistische Triebgefahr* bedingt. Dabei aber sind immer andere Triebgefahren auch feststellbar, so $Schp^-$ oder $Schk^-$, $Schk^+$, Cm^- . Der Triebfaktor *hy* spielt hier vermutlich doch die pathognostisch ausschlaggebende Rolle. Daher das Sprunghafte, das Paroxysmale, das Pathetische, die Exaltation und andere Affektschwankungen bei der hebephrenen Form. Vermutlich hängen auch die Leibhalluzinationen mit der Phy^- -Triebgefahr zusammen. (Näheres später.)

Während aber CARL SCHNEIDER seine Symptomverbände auf Grund der *Art der Denkstörung* aufstellte und sie mit den drei schizophrenen Symptomkomplexen in Beziehung brachte, *haben wir als die tiefste Wurzel dieser Komplexe drei verschiedene Arten der Triebgefahren festgestellt und fanden, daß jede klinische Form der Schizophrenie zu einer besonderen Form der Triebgefahren und Triebklassen eine spezifische Affinität aufweist.* Wir wissen aber, daß die Triebradikale eine ganz innige Beziehung zu den anderen, nichttriebhaften seelischen Vorgängen, so zum Denken, Fühlen, Wollen usw. aufweisen. (Vgl. Tab. 4.) Mit der besonderen Beziehung zwischen den Trieben und Denkvorgängen hat sich insbesondere IMRE HERMANN beschäftigt¹.

¹ HERMANN, IMRE: Studien zur Denkpsychologie. Acta Psychologica. V. 1940. S. 22-102.

Theoretisch wäre also die Annahme im Prinzip nicht ausgeschlossen, daß die SCHNEIDERSCHEN Symptomverbände mit unseren Triebradikalen übereinstimmen.

Im Folgenden stellen wir die experimentelle Syndromatik der drei klinischen schizofornen Erkrankungsbilder zusammen.

2. Experimentelle Symptomenkomplexe

A. Experimentelle Syndromatik des Paranoiden

a) Das projektive Paranoid

Wir unterscheiden zwei Haupttypen:

a) Erster Typus: Das *projektive* Paranoid, bei dem die Bedeutungs-, Beziehungs-, Verfolgungswahnideen auf dem Wege der *Projektion* zustande kommen.

b) Zweiter Typus: Das *inflationale* Paranoid, bei dem die *Inflation*, also das Verdoppelungserleben zur Größen-, Religionswahnbildung führt.

Syndromatik des projektiven Paranoiden

Testologisch:

	S	P	Sch	C		
I. Tendenz zur <i>Zerspaltung</i> der Triebgegensätzlichkeiten:						
1. In der Richtung «a», also die <i>Weiblichkeit</i> im Vordergrund =	+	-	0	+		
2. <i>Projektive Unitendenz im Ich</i> =			Sch = 0	-!		
II. <i>Triebklasse</i> in Form der Uniklasse = mit sehr hohem Latenzgrad.			Schp-			
III. <i>Triebformel</i> =			k^0			
1. Ohnmacht ($k = 0$) gegen den Projektionsdrang =			p^-			
2. Versuch, den Projektionsdrang mit Zwang zurückzuhalten =			k^\pm			
3. Beide Symptome mit dem Drang des ewigen Suchens nach dem Verfolger =			p^-			
a) die häufigsten <i>Wurzelfaktoren</i> in der Triebformel =			$k^0 \pm$			
b) die häufigsten <i>Symptombfaktoren</i> =			p^-, d^+, b^+			
IV. <i>Triebgefahr</i> durch die totale Projektion in Form von Unitendenz =			Sch = 0	-!		
V. <i>Triebüberdruck</i> , besonders in den Faktoren =			1. $p = -!$	}		
			2. $hy = -!$			
			3. $b = +!$			
VI. <i>Die paranoide Mitte</i> :			e	hy	k	p
1. Sensitive Beziehungsangst mit Projektion =	0	-!	0	-!		
2. Gewissensangst =	(±)	-	0	-!		
3. Sensitive Beziehungsangst mit zwanghafter Unterdrückung der Projektion =	+	-!	0	-!		
VII. <i>Der besondere paranoide Faktorenverband, das paranoide «Kamm»-Syndrom</i> =	1	2	3	4		
	-s	-hy	-p	-m		

Deutung des Faktorenverbandes

1. Triebzielinversion beim Mann } Masochismus bei der Frau	=	$s = -$
2. Sensitive Beziehungsangst, Wunsch, sich zu verbergen =		$hy = -$
3. Übermäßig starke totale Projektion =		$p = -!$
4. Abtrennungswunsch =		$m = -$

VIII. *Typische Ichabwehrmechanismen:*

1. Totale Projektion =
2. Fugues (Ausreißen) =
3. Dissimulation =

$$\begin{aligned} Sch &= 0 - \\ Sch &= \pm - \\ Sch &= - - - \end{aligned}$$

IX. *Kontaktstörungen:*

1. Abtrennung von der realen Welt und ewiges Suchen nach dem Verfolger =
2. Unstete Bindungen, Monomanien =
3. Störungen des Sachwertgefühles =
4. Aufmerksamkeitsstörungen =

$$\left. \begin{aligned} d &= +, m = - \\ p &= -! \\ C &= 0 - \\ d &= 0 \\ d &= 0 \end{aligned} \right\}$$

X. *Sexualstörungen:*

1. Überbetonte «weibliche» Spaltung der Sexualgegensätzlichkeiten =
2. Latente Homosexualität, die aber projiziert wird =

$$\left\{ \begin{aligned} S &= + - \\ s &= - \\ by &= - \\ p &= - \\ d &= + \\ p &= + \text{ fehlt} \end{aligned} \right.$$

3. Unfähigkeit zum Aufbau eines weiblichen Ichideals. Darum die sexuelle Inaktivität. Der ganze Sexualtrieb wird hinausverlegt. Der Paranoide wird von Männern und Frauen verfolgt. (Siehe Kapitel III.)

XI. *Affektstörungen:*

1. Sensitive Beziehungsangst: «Was würden die Menschen sagen?» =
2. Gewissensangst =
3. Drang, sich zu verbergen =
4. Anlage zu Affektexplosionen =
5. Affektlabilität und -polarität, die Reaktionen wechseln ab =

$$\left. \begin{aligned} P &= 0 -! \\ &\pm - \\ P &= + - \\ by &= -! \\ e &= 0 \\ P &= \pm - \\ &0 - \end{aligned} \right\}$$

Kasuistik zum Paranoid. Fälle 16-21

Fall 16. 44jähriger Uhrmacher

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn. Direktor: Dr. Briner ¹)

Patient lieferte die 10 Triebprofile Abb. 33.

Experimentelle Syndromanalyse

Testologisch:

- I. *Diagonale Zerspaltung der Triebgegensätzlichkeiten* in Form «a», d. h. die Person behält im Vordergrund die weiblichen Strebungen. Dreivektorielles diagonale Spaltung mit Unitendenz im Ich: Profil 10

$$\begin{array}{cccc} S & P & Sch & C \\ \hline +- & +- & 0- & +!- \end{array}$$

II. *Triebklasse der Paranoiden*

- mit sehr hohem Latenzgrad =
Auch die Triebklasse der Exhibitionisten und der latenten Homosexuellen zeigt eine relativ hohe Triebgefahr. (Der Mann ist in der Tat auch ein *Exhibitionist*) =

$$\frac{Schp-}{10} \quad ; \quad \frac{Pby-}{6} ; \frac{Sb+}{6}$$

III. *Triebformel:*

1. Symptomreaktionen =
2. Wurzelfaktoren =

$$\frac{\kappa_{10}^0}{p_0^- d_0^{+1}} ; \frac{e_6^{0\pm}}{by_0^-} ; \frac{s_6^{\pm}}{b_0^{+11}}$$

¹ Die Ausführung aller Testuntersuchungen in der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn verdanke ich Herrn J. BOSSHARD, Küssnacht-Zürich. Vgl. hiezu seine Diplomarbeit: «Das Paranoid im Lichte der experimentellen Triebdiagnostik», für das Institut für angewandte Psychologie in Zürich (Direktor: Dr. H. BRÄSCH).

IV. <i>Triebüberdruck</i> (Quantumspannungen) in den Faktoren =	$\left\{ \begin{array}{l} p -!, d +! \\ by -!, b +! \end{array} \right\}$
V. Die « <i>paranoide</i> » <i>Mitte</i> :	
1. Sensitive Beziehungsangst mit Projektionen: Profile 2, 4, 5, 7, 9 =	$\begin{array}{cccc} e & by & k & p \\ 0 & - & 0 & - \\ \pm & - & 0 & - \\ + & - & 0 & - \end{array}$
Profil 1 =	
2. Gewissensangst mit Projektion: Profile 6, 8, 10 =	
VI. Das <i>paranoide</i> « <i>Kamm</i> »- <i>Syndrom</i> :	
Profil 10 =	$\begin{array}{cccc} s & by & p & m \\ - & - & - & - \\ \pm & - & - & - \\ - & - & -! & 0 \end{array}$
in unreiner Form: Profile 4, 5, 6, 7, 8, 9 =	
und im Profil 2 =	
VII. <i>Paranoide Icbabwehr</i> : totale Projektion in allen 10 Profilen =	$Sch = 0 -$
VIII. <i>Kontaktstörungen</i> :	
Abtrennung von der Realität und ewiges Suchen nach dem Verfolger: Profile 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 =	$\begin{array}{ccc} p & d & m \\ - & + & - \end{array}$
IX. <i>Sexualstörungen</i> :	
1. Triebzielinversion: Profile 2, 10 =	$S = +!! -$ $+ -$
2. Triebzielinversion mit Ambivalenz in der Frage der Männlichkeit - Weiblichkeit: Profile 4, 5, 6, 7, 8, 9 =	$S = + \pm$
X. <i>Affektstörungen</i> :	
1. Irrcale Phantasiewelt, die mit sensitiven Beziehungsideen erfüllt ist: Profile 2, 4, 5, 7, 9 =	$P = 0 -$ oder $0 -!$ $\frac{Phy-}{6}$
2. Anlage zum <i>Exhibitionismus</i> =	$P = + -$
3. Gewissensangst: Profile 6, 8, 10 =	
4. Drang, sich oder irgend etwas vor der Welt zu verbergen: in allen 10 Profilen =	$by = -$ oder $-!$
5. Affektlabilität und -polarität; folgende Affektreaktionen wechseln ab: maximale Affektspannung durch die Polarität im ethischen Faktor e = und Entladung = Panik =	$P_1 = \pm -$ $P_2 = 0 -$ $P_3 = - -!$

Der 44jährige Uhrmacher liefert demnach die reinste Form des experimentellen *paranoiden* Syndroms. An zweiter Stelle steht die Anlage zum Exhibitionismus. Die Anstaltsdiagnose lautete: *Paranoid*.

Auszug aus der Krankengeschichte

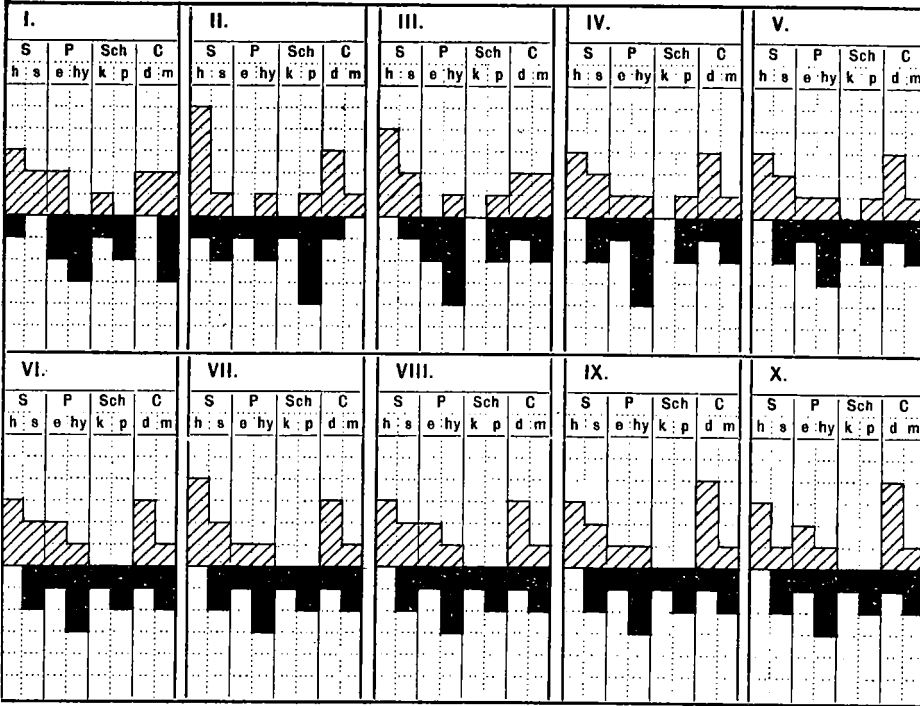
März 1930: Der Patient wird von seinem Bruder in die Anstalt gebracht. Der Bruder erzählt, daß der Patient sich hauptsächlich *von einer Sekte verfolgt* glaube. 31. März 1930: Der Patient ist steif paranoid. Er hat Suizidgedanken. 1931: Arbeitet auf dem Felde, hält seine Wahnideen immer aufrecht. 27. August 1931: Arbeitet als Bauernknecht. 11. Dezember 1932: Erneute, zweite Aufnahme. Macht unbestimmte Angaben über *überirdische Beeinflussungen*. 31. Januar 1933: Wird entlassen. 23. April 1934: Dritte Aufnahme. Soll in der Zwischenzeit als Uhrmacher und als Portier eines Gasthofes gearbeitet haben. Er teilt mit, daß er wegen einer Sache mit seinen Schriften den Polizisten erschossen hätte, wenn dieser erschienen wäre. *Exhibiert*. «*Will die Frauen reizen und die Fortsetzung ihren Männern überlassen.*» Entwickelt *paranoide Gedanken*. 25. August 1934: Exhibiert im Hofe. 3. März 1943: Arbeitet am Tage fleißig an seinen Uhren. Ist außerordentlich produktiv. 19. September 1944: Versucht immer wieder zu exhibieren. 1945: Ist oft gereizt. 1946: Schreibt viele Abhandlungen und Briefe.

Aus der Krankengeschichte erfahren wir, daß der Kranke zeitweise exhibierte. In der Tat gehört er an *zweiter* Stelle der Triebklasse *Phy-* an und gibt das Syndrom, welches nach den Untersuchungen Dr. WALDERS Exhibitionisten in den interparoxysmalen Phasen zu geben pflegen. Die klassischen Profile des Exhibitionisten wären nach Dr. H. WALDER:

Paranoid

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1946		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	0 u. \pm
3.X.	I.	+	+	\pm	-	0	-	+	\pm	1	2	3
	II.	++	-	0	-	0	-!	+	0	3	0	3
	III.	++	+	-	-!	0	-	+	\pm	1	1	2
	IV.	+	\pm	0	-!	0	-	+	-	2	1	3
	V.	+	\pm	0	-	0	-	+	-	2	1	3
	VI.	+	\pm	+	-	0	-	+	-	1	1	2
	VII.	++	\pm	0	-	0	-	+	-	2	1	3
	VIII.	+	\pm	+	-	0	-	+	-	1	1	2
	IX.	+	\pm	0	-	0	-	+	-!	2	1	3
31.X.	X.	+	-	+	-	0	-	+	-!	1	0	1
	Σ 0	0	0	5	0	10	0	0	1	16		
	Σ \pm	0	6	1	0	0	0	0	2		9	
	T. sp. G.	0	6	6	0	10	0	0	3			25
	Latenzgrösse	S = 6		P = 6		Sch = 10		C = 3				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{16}{9} = 1.7$

2. Triebformel:

Symptomatische: k_{10}^0 ;

Submanifeste bzw. sublatente: $s_6^{\pm}; e_6^0; m_3^{-0\pm};$

Wurzel-Faktoren: $h_0^+; hy_0^-; p_0^-; d_0^+$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Schp^-}{10} : \frac{Phy^-}{6} : \frac{Sh^+}{6} : \frac{Cd^+}{3}$

4. Triebklasse:

Schp⁻ uni- oder triaequal in bezug auf die Gefahren

Abb. 33. Fall 16. Paranoide Schizophrenie mit Exhibitionismus. 44jähriger Uhrenarbeiter

S		P		Sch		C	
+	-	0	-!	-	±	+	+
+	+	0	+			+	0
+	+	0	±				
-!	-!						
-	-!						

In der Phase der Unterdrückung des Exhibitionismus: $hy = -!$ beinhalten die Profile 1 und 2 im Falle 16 in der Tat Teile dieses Syndroms des Exhibitionismus. Es fehlt aber das Ichbild, $Sch = -\pm$. Dagegen könnte die erhöhte Triebgefahr im Paroxysmaltrieb $\frac{P_{hy^-}}{6}$ auf die Latenz des Exhibitionismus hinweisen. Interessant ist ferner, daß der Kranke im dritten Profil das sogenannte «Mörder-E»-Syndrom liefert ($e = -, p = -, m = \pm$), und nach der Krankengeschichte hätte er 1934 einen Polizisten wegen einer Sache mit seinen Schriften erschossen, wenn dieser erschienen wäre.

Fall 17. 38jährige Hausfrau

(Insassin der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

lieferte die 10 Triebprofile und Tendenzspannungstabelle Abb. 34.

Syndromanalyse

Testologisch:

Das *paranoide* Syndrom:

I. *Diagonale Zerspaltung der Triebgegensätzlichkeiten mit Unitendenz im Ich:*

Profile 4, 5 =

Profil 8 =

Profile 3, 9 =

II. Die *Triebklasse* ist durch die Projektions-Unitendenz im Ich bestimmt =

III. *Triebformel:*

1. Symptomreaktionen =

2. Wurzelfaktoren:

IV. *Triebgefahren* durch:

1. die totale Projektion (s. ferner die in der Sexualanalyse) =

V. *Triebüberdruck* im Suchen =

VI. *Die paranoide Mitte:* Profile 3, 4, 5, 8, 9 =

VII. *Das paranoide «Kamm»-Syndrom:*

Profile 4, 5 =

Profile 8, 10 =

VIII. *Paranoide Ichabwehrmechanismen:*

Totale Projektion; Profile 3, 4, 5, 6, 8, 9 =

IX. *Kontaktstörungen:*

Suchen nach dem «Verfolger» in allen 10 Profilen =

X. *Sexualstörungen:*

1. Unitendenz der Aggression =

2. Unitendenz des Masochismus =

3. Diagonale Spaltung des Sexualbildes:

Profile 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 =

S	P	Sch	C
+ -	+ -	0 -	+ -
+ -	+ -	0 -	+ ±
+ -	+ -	0 -	+ +

$$\frac{Schp^-}{6}$$

$$k_6^0; m \pm$$

$$p_0^-; d_0^{+11}; s_0^-; e_1^+$$

$$Sch = 0 -$$

$$d = + : 6 \text{mal mit !}$$

$$e \quad hy \quad k \quad p$$

$$+ \quad - \quad 0 \quad -$$

$$s \quad hy \quad p \quad m$$

$$- \quad - \quad - \quad -$$

$$- \quad - \quad - \quad \pm$$

$$Sch = 0 -$$

$$d = +!; p = -$$

$$S_1 = 0 +$$

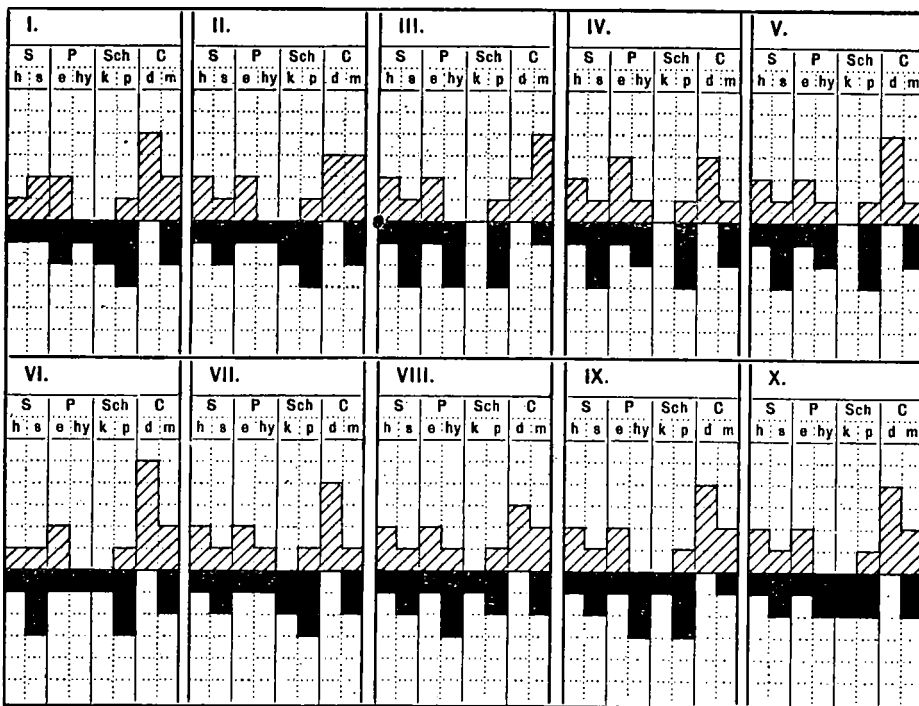
$$S_6 = 0 -$$

$$S = + -$$

Fall 17
Depressive, paranoide
Schizophrenie

Alter: 38 Beruf: Hausfrau

Szondi-Test
 Blatt mit zehn Triebprofilen



1946		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
	I.	0	+	\pm	0	-	-	+	\pm	2	2	4
	II.	+	-	+	0	-	-	+	\pm	1	1	2
	III.	+	-	+	-	0	-	+	+	1	0	1
	IV.	+	-	+	-	0	-	+	-	1	0	1
	V.	+	-	+	-	0	-	+	-	1	0	1
	VI.	0	-	+	0	0	-	+	\pm	3	1	4
	VII.	+	-	+	0	-	-	+	-	1	0	1
	VIII.	+	-	+	-	0	-	+	\pm	1	1	2
	IX.	+	-	+	-	0	-	+	+	1	0	1
	X.	+	-	+	-	-	-	+	\pm	0	1	1
	Σ 0	2	0	0	4	6	0	0	0	12		
	Σ \pm	0	0	1	0	0	0	0	5		6	
	T. sp. G.	2	0	1	4	6	0	0	5			18
	Latenzgrösse	S = 2		P = 3		Sch = 6		C = 5				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{12}{6} = 2.0$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$k_6^0; m_5^{\pm}; hy_4^0;$
Submanifeste bzw. sublatente:	h_2^+
Wurzel-Faktoren:	$p_0^-; d_0^+; s_0^-; e_1^+$

3. Latenzproportionen:

$$\frac{Schp^-}{6} : \frac{Cd^+}{5} : \frac{Pe^+}{3} : \frac{Ss^-}{2}$$

4. Triebklasse:

Schp- Cd+ biaequal

Abb. 34. Fall 17. Depressive Paranoide, 38jährige Hausfrau

XI. Affektstörungen:

- | | |
|---|-------------|
| 1. Affektpolarität: Profil 1 = | $P = \pm 0$ |
| 2. Phobie: Profile 2, 6, 7 = | $P = + 0$ |
| 3. Gewissensangst: Profile 3, 4, 5, 8, 9, 10 = | $P = + -$ |
| 4. Drang, etwas zu verbergen: Profile 3, 4, 5, 8, 9, 10 = | $by = -$ |

Auf Grund der Syndromanalyse können wir die Diagnose auf das *Paranoid* stellen.

Probandin zeitigt aber im Kontaktgebiet die zweitgrößte Triebgefahr in Form von $\frac{Cd^+}{5}$. Nun ist die Frage, ob sie neben dem paranoiden nicht auch ein melancholisches Syndrom aufweist. Gegen eine wirklich zirkuläre Depression sprechen die Reaktionen $k = 0$ und $k = -$. Bei der Melancholie finden wir die Reaktion $k = +$. (Siehe später das melancholische Syndrom.)

Wir müssen demnach die Triebgefahr $d = +!$ mit $p = -$ als ständiges Suchen nach dem Verfolger, nach Beschuldigung und Streit deuten. Diagnose: *Depressives Paranoid*.

Auszug aus der Krankengeschichte

28. 1. 1947: Aufnahme. Bruder des Vaters 1924-1930 in der Anstalt wegen chronischen *Paranoids*. Cousine väterlicherseits war viermal in der Anstalt wegen chronischer *Katatonie*. Schwestern der Mutter sollen geisteskrank gewesen sein. Bei der Aufnahme hält die Frau dem Manne Beziehungen mit anderen Frauen vor, *beschuldigt* ihren Ehemann, sie hätte die Jahre hindurch wegen ihm sehr gelitten und komme nun wegen ihm in die Irrenanstalt. Die Frau wirkt bei allem Schimpfen affektarm, die Erregung scheint ihr nicht recht vom Herzen zu kommen, die Mimik ist steif. Die Patientin ist seit 16 Jahren verheiratet und hat drei Kinder. Sie machte sich Hoffnungen, daß ein anderer Mann sie gerne sehe. Dies schlug nachher in *Eifersucht* um, *sie beschuldigt diesen Herrn*, daß er mit einer andern Frau ein Verhältnis habe. Die Frau macht einen erregten, erotischen Eindruck. Sie beklagt sich, daß ihr Mann seit 1945 mit ihr viel brutaler sei als früher. Ferner *beschuldigt sie ihren Mann*, mit einer bestimmten Frau ein Verhältnis zu haben, und diese Frau habe nun ein Kind von ihm. Sie macht dieser Frau Szenen, die ganz grundlos sind. Die Frau will sich scheiden lassen, hat aber das Gefühl, daß ihre Beweise nicht ausreichen. Die Mutter der Patientin ist davon überzeugt, daß der Fehler nur an ihrer Tochter liege, der Mann führe einen einwandfreien Lebenswandel. Februar 1947: Der Mann hat einen rechten Lohn, aber seine Sparsamkeit grenzt an Geiz. *Die Frau öffnete auch einmal den Gasbahn*, wurde aber von ihrem Manne am Suizidversuch verhindert. Die Patientin hatte ein Verhältnis mit einem viel älteren Mann. Sie spricht davon, daß sie wieder die liebe Frau sein wolle wie am Anfang ihrer Ehe, aber ihr Mann müsse sich auch ändern und sich anders einstellen. *Zum großen Teil beruht die Eifersucht auf Projektion innerer Gefühle der Untreue ihrem Mann gegenüber*. Außerordentlich lebhaftes Temperament, dabei aber doch recht steife Mimik und *paranoider* Blick. Jetzt noch keine sichere Schizophrenie diagnostizierbar. Der Wahn ist weitgehend aus der Entwicklung verständlich. *Fast absurde Beziehungsideen, die doch das Vorhandensein einer schizophrenen Reaktionsbereitschaft vermuten lassen*. Der Ehemann teilt mit, daß die Kranke immer starrköpfig und eigensinnig gewesen sei. Sie ist einer psychotherapeutischen Beeinflussung unzugänglich. Die Prognose des Falles ist ungünstig. Anstaltsdiagnose: *Paranoid*.

*

Das projektive Paranoid hat eine maniforme, depressive und steife zwanghafte Variation.

Variation I. Maniforme Paranoide. Manischer Wahnsinn

Klinische Syndromatik

Nach einer schweren Jugend, die voll mit Hemmungen war, stellt sich zu meist am Ende der Pubertät, evtl. am Anfang der Zwanzigerjahre, eine *Hypomanie* ein: *sexuelle Haltlosigkeit, Stimmungs- und Affekt labilität, Unternehmungslust*.

Unter diesem hypomanischen Mantel gedeiht aber das Paranoid und erscheint zeitweise in Form von Halluzinationen, Gedankenlautwerden, Verfolgungen und Wahnbildungen oft telepathischer Natur.

Der Kliniker ist bereit, nur die lärmenden manischen Symptome zu beachten und stellt die Diagnose auf Manie, um so eher als auch depressive Phasen vermerkt werden. Die genaue Triebanalyse weist aber in diesen Fällen zumeist die kombinierten Triebgefahren von einer Manie und einem Paranoid auf. Es ist nach unserem Dafürhalten irrig, nur die manische Persönlichkeitshälfte zu berücksichtigen und die andere, die paranoide, außer acht zu lassen. Die Frauen dominieren unter diesen Kranken. Verlauf und Ausgang sind verschieden. Wir sahen Kranke, bei denen zuerst die sexuelle Haltlosigkeit und erst nachher das Paranoid zum Vorschein kam. Andere beginnen die Krankheit mit Zerfahrenheit im Denken, bilden Verfolgungsideen, werden ausspioniert, sind stark depressiv, und plötzlich werden sie hypomanisch oder sogar stark manisch. Die Manie und das Paranoid flauen allmählich ab und kommen in einigen Jahren in derselben Form zurück. Ausnahmsweise kann man einen Übergang in das katatonische Symptombild beobachten.

Die experimentelle Syndromatik

stellt sich aus zwei verschiedenen Syndromen zusammen:

Testologisch:

- I. dem *Manischen*, in dem
 - 1. hypomanische Kontaktbilder dominieren =
 - 2. mit Entwertungssymptom im Ich, Negation aller Werte =
 - 3. Aggressionsbereitschaft =
 - 4. Triebklasse =
- II. Von dem *paranoiden* Symptomenkomplex finden wir besonders häufig
 - 1. die paranoide Mitte =
 - 2. die Unitendenzgefahren
 - a) im Ich als totale Projektion =
 - b) im Affektleben als sensitive Beziehungsangst =
 - c) und die Kontakt-Unitendenz der Hypomanie =
 - 3. auch das typische paranoide «Kamm»-Syndrom kann auftreten =

$$C = 0 -$$

$$k = -$$

$$s = + \text{ oder } 0$$

$$Cm^-$$

<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
0	—	0	—
<i>Sch</i> = 0 —			
<i>P</i> = 0 —			
<i>C</i> = 0 —			
<i>s</i>	<i>by</i>	<i>p</i>	<i>m</i>
—	—	—	—

Für das *maniforme Paranoid* sind folgende Symptome pathognostisch:

- 1. *Biäquale Triebklasse* =
- 2. *Triebformel* =
- 3. Im *Kontaktbild* =
- 4. Im *Sexualbild* =
Je größer die Hypomanie, desto größer die Aggression =
- 5. Im *Ich* neben Projektion auch Entfremdung =
oder andere Negationsbilder =
- 6. Triebüberdruck im Faktor *b*, aber auch im Faktor *m* =
- 7. Tendenzspannungsquotient wegen der Hypomanie zumeist hoch =

$$Cm^- \quad Schp^-$$

oder

$$Schp^- \quad Cm^-$$

$$\frac{k^0}{p^-} ; \frac{d^0}{m^-}$$

$$C = 0 -$$

$$s = +, 0 \text{ und } -$$

$$s = +, 0$$

$$\left\{ \begin{array}{l} Sch = 0 - \\ Sch = - \pm \\ Sch = - - - \\ \quad \quad \quad -! - \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} b = +!! \\ m = -! \end{array} \right.$$

$$\frac{\sum 0}{\sum \pm} > 4$$

Fall 18. 29jährige Organistin

(Psychiatrische Klinik der Universität Tübingen)

In diesem Fall haben wir auf Grund der 10 Triebprofile (Abb. 35) folgende Syndromanalyse und «Blinddiagnose» gestellt:

Wir geben hier den von uns der Klinik mitgeteilten Befund mit dem Auszug der Krankengeschichte und der Epikrise. Um unsere Nomenklatur für den Kliniker zu vereinfachen, haben wir im Befund die Unitendenzgefahren zu den diagonalen Spaltungsgefahren gerechnet. Dies kann man praktisch machen, da ja diese zwei Arten der Gefahren oft zusammen vorkommen und klinisch stets auf eine schizoforme Erkrankung hindeuten.

Syndromanalyse

I. das paranoide Spaltungssyndrom (d. h. diagonale Spaltungen der Triebgegensätze in mehreren Vektoren in der Richtung + — oder 0 —)

1. Die klassische, viervektorielle Spaltung (oder Unitendenz) ist in den Profilen VII und VIII zu finden =

Diese Spaltung der Triebgegensätze ist für paranoide Schizophrenie charakteristisch.

2. Spaltung in drei Vektoren (mit Unitendenz)

Profile I, VI =

IV, VII, VIII, IX =

V =

3. Unter diesen Spaltungen ist die Spaltung (Unitendenz) im Ich das wichtigste Symptom. Probandin zeitigt diese Reaktion achtmal in den 10 Aufnahmen =

Weitere paranoide Symptome im Test:

4. In der Triebformel figuriert oben k^0 als Symptomfaktor und unten p^- als Wurzelfaktor. Das will triebpsychologisch sagen: Die Person wird krank, weil sie projiziert ($p = -$), und das stellungnehmende Ich ist unfähig ($k = 0$), die Projektionen (wie Beschuldigungs-, Verfolgungs-, Eifersuchts-, Querulanz- oder andersartige Hinausverlegungen) zu bekämpfen.

5. Typisch ist ferner für eine paranoide Ichstörung, daß die größte Triebquantumspannung auf dem Gebiete der Liebe herrscht, die latent gleichgeschlechtlich ist. Auch die Projektions-Quantumspannung spricht für eine paranoide Ichstörung, wie auch

6. die Wurzelfaktoren =

Diese testologischen Ergebnisse sprechen dafür, daß bei der Probandin eine paranoide Ichstörung, eine Spaltung der Gesamtpersönlichkeit auf allen Gebieten des Trieb- und Ichlebens anzunehmen ist.

II. Probandin zeigt aber testologisch auch *halllose, agitierende, maniforme Vermischungen*. Dafür sprechen:

1. die mit der $Schp^-$ -Klasse biäqual gekoppelte Cm^- -Klasse =

2. der Tendenzspannungsquotient ist hoch:

$$\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{25}{3} = 8,3 \text{ (normal: 1,5—2,5)}$$

Patientin könnte zur Zeit der Aufnahme maniform erregt gewesen sein. Gegen eine wirkliche, reine zirkuläre Erkrankung sprechen:

1. Manische geben zumeist die Ichreaktion $Sch = -! -!$; Probandin zeitigte hingegen das Ichbild $Sch = 0 -$ achtmal.

2. Gegen eine zirkuläre und für eine schizoforme (paranoide) Erkrankung sprechen die mehrfaktoriellen diagonalen Spaltungen der Triebgegensätze.

Testologisch:

$$\begin{array}{cccc} S & P & Sch & C \\ +! - & + - & 0 - & 0 - \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} P & Sch & C \\ 0 - & 0 - & + - \\ + - & 0 - & 0 - \\ \pm - & 0 - & 0 - \end{array}$$

$$Sch = 0 -$$

Triebformel:

$$\frac{k^0}{p^-}$$

$$b = +!$$

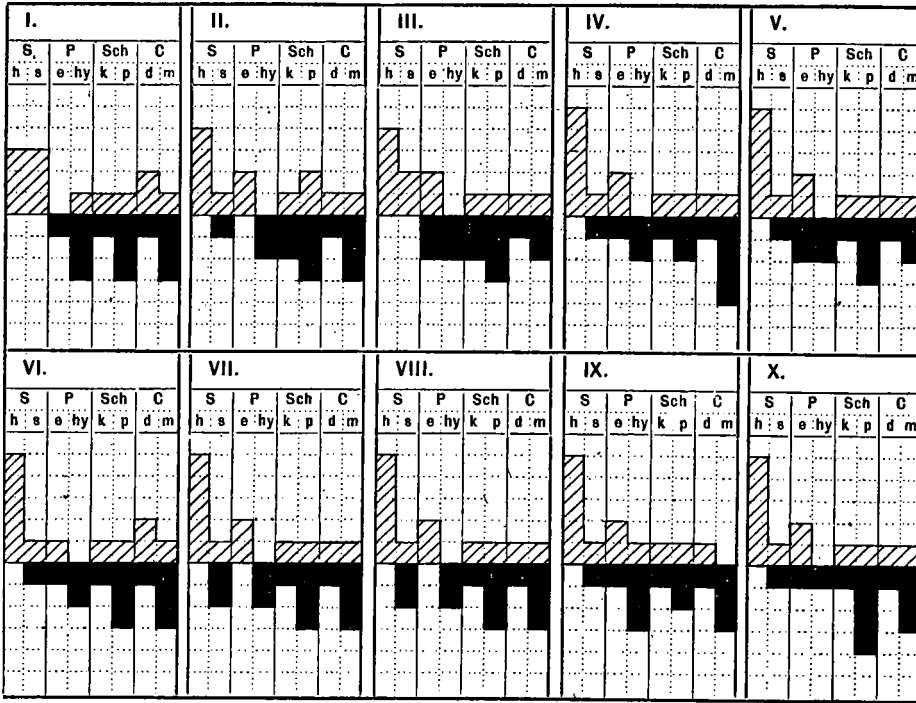
$$\Sigma 1 = 16$$

$$p = -!$$

$$p^-, by^-, b^{+!}$$

$$\frac{Cm^-}{8}; \frac{Schp^-}{7}$$

Szondi-Test
Blatt mit zehn Triebprofilen



1949		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
1.VIII.	I.	+ +	0 -	0 -	+ -	2	0	2
	II.	+! 0	+ -	- ±	0 -	2	1	3
	III.	+! +	± -	- -	0 -	1	1	2
	IV.	+! 0	+ -	0 -	0 -!	3	0	3
	V.	+! 0	± -	0 -	0 -	3	1	4
	VI.	+! 0	0 -	0 -	+ -	3	0	3
	VII.	+! -	+ -	0 -	0 -	2	0	2
	VIII.	+! -	+ -	0 -	0 -	2	0	2
	IX.	+! 0	+ -	0 -	0 -	3	0	3
10.VIII.	X.	+! 0	+ 0	0 -!	0 -	4	0	4
	Σ 0	0 6	2 1	8 0	8 0	25		
	Σ ±	0 0	2 0	0 1	0 0		3	
	T. sp. G.	0 6	4 1	8 1	8 0			28
	Latenzgrösse	S = 6	P = 3	Sch = 7	C = 8			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{25}{3} = 8.3$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$k_8^0; d_8^0; s_8^0$
Submanifeste bzw. sublatente:	$e_{4}^{0\pm+}$
Wurzel-Faktoren:	$p_i^-; hy_i^-; h_0^+; m_0^-$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Cm^-}{8} \cdot \frac{Schp^-}{7} \cdot \frac{Sh^+}{6} \cdot \frac{Phy^-}{3}$

4. Triebklasse:

$Cm^-, Schp^-, Sh^+$ triaequal

Abb. 35. Fall 18. Maniformes Paranoid. 29jährige Organistin

Auf Grund der Cm^- , $Schp^-$ -Klassenkoppelungen müssen wir demnach annehmen, daß die Erbstruktur der Patientin *in beiden Richtungen* belastet sei und daß *im klinischen Bilde der paranoiden Schizophrenie auch zirkuläre Stimmungsstörungen eine Rolle spielen könnten*. Die Schweizer Psychiater würden von «maniformer Paranoia», die französischen von «Schizomanie» oder von «*paranoïder Manie*» sprechen.

III. Syndrom der latenten passiven Homosexualität:

1. In den Profilen VII und VIII =
2. In dem Profil II =
3. Quantumspannung im Faktor $b \doteq$
4. Hohe Latenzgröße im Vektor $S =$

$$s = -, by = -, p = -$$

$$by = -, p = \pm, d = 0$$

$$b = +! \Sigma = 16$$

$$\frac{Sb^+}{6} =$$

IV. Einmal kommt auch das Entfremdungs- oder Depersonalisations-symptom vor, im Profil II. Es kann auch auf Eifersuchtsideen hinweisen =

$$Sch = -\pm$$

V. Die Bestimmung der Person im Trieblinnäus ist auf Grund der Tabelle XIX, S. 277, Rubrik Cm^- , Variation 1 («Experimentelle Triebdiagnostik»), möglich.

Die hier gefundene Diagnose stimmt mit der der Symptomanalyse überein. *Mischung von Paranoia (der schweizerischen Nomenklatur nach: Paranoïd) mit Manie: Schizomanie, paranoïde Schizophrenie mit zirkulärem Einschlag.*

Im Folgenden werden wir auf Grund des *Auszugs aus der Krankengeschichte* Nr. 799 die klinischen Syndrome mit den experimentellen konfrontieren.

I. Zum paranoiden Syndrom

Andeutungen fast *telepathischer* Fähigkeiten (S. 10). *Morgens sei ihr die Großmutter erschienen*, etwas undeutlich, schablonenhaft, *hinter ihr ihre Ahnen*. *Sie habe sie reden gehört: «Sei tapfer, wie auch ich tapfer war und die Ahnen tapfer waren.»* *Sie haben dann «Großmutter» gesagt, dann sei alles fort gewesen*. Ein anderesmal habe sie einem Bekannten schreiben sollen. *Da sei ihr ihre Tante erschienen und habe gesagt, sie solle das nicht tun*. Sie habe öfters Ahnungen, die dann eintreffen (S. 14).

II. Haltlose agitierende maniforme Vermischungen

Familienanamnese: Nichte der Großmutter Suizid. Patientin ein paar Tage sehr lustig, dann wieder sehr traurig. Schwermütig mit Selbstmordgedanken (S. 2).

Zur Haltlosigkeit: Beim Geschlechtsverkehr eigentlich gleichgültig (S. 8). Trotzdem aber beinahe *wahlloser Geschlechtsverkehr*. Mit dem Verlobten (S. 6), mit ihrem ehemaligen, verheirateten Lehrer (S. 6-7) oder einem Mann, den sie auf der Straße kennenlernt. Im Frühjahr 1947 abends von einem älteren Herrn mitgenommen. Auf der Straße angesprochen. Sie habe sich so einsam gefühlt. Denke in solchen Augenblicken nicht über die Konsequenzen ihrer Tat nach. Geschlechtsverkehr. Gravid. In Nürnberg Abortus. Oder Verkehr mit einem Mann, den sie abends kennenlernt (S. 9). Stimmung etwas depressiv. Plötzlich bricht sie in schallendes Gelächter aus. Unnatürlich verkrampft. Es wird meist bei der Vorstellung primitiver Situationsgrotesken ausgelöst (S. 10). Auffallend gedrückt. Fühlt sich selbst traurig verändert, ohne daß sie selbst einen Anlaß für diesen Stimmungsumschlag angeben könnte. Anscheinend zeigen sich jetzt beim Abklingen des hypomanischen Zustandes interferierende depressive Schwankungen.

III. Latente passive Homosexualität?

Beim Geschlechtsverkehr eigentlich gleichgültig (S. 8). Sei nie gern zum Tanzen gegangen. *Höchstens mit Freundinnen* (S. 13). In letzter Zeit onaniert. Es sei ihr vom Arzt geraten worden. Sei besser als zweideutige Abenteuer (S. 15).

Aus der Epikrise

«Es handelt sich bei der Patientin um eine *hypomanische Phase im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung*.

Die Familienanamnese ergab, daß die Mutter empfindsam, nachgiebig, sehr religiös sei und zeitweise an depressiven Verstimmungen leide. Eine Nichte der Großmutter mütterlicherseits habe in einem Anfall von Schwermut Suizid verübt.

In der Jugend sei die Patientin schüchtern und mit Minderwertigkeitskomplexen belastet und zurückhaltend gewesen. Das habe sich vom 18. Jahr an geändert. Sie sei seit dieser Zeit, meist im Frühjahr, unternehmungslustig, zappelig, zeitweise nervös und auffallend vergnügt. Im Herbst und Winter sei sie wiederholt grundlos gedrückter Stimmung gewesen und habe in diesen Zuständen mehrfach Suizidideen geäußert. Im ganzen sei sie seit dieser Zeit stimmungslabil, und zwischen den Hauptphasen der Stimmungsschwankung hätten kürzere Affektphasen gelegen. Die diesjährige hypomanische Phase sei besonders intensiv gewesen. Sie sei auffallend vergnügt, unternehmungslustig, zeitweise aggressiv, im Elternhaus widerspruchsvoll und habe zu erotischen Entgleisungen geneigt, so daß sie zu ihrem Schutz hier eingewiesen wurde.

Die Untersuchung zeigte eine *vorwiegend pykenische* Patientin mit athletischen Einschlägen, neurologisch und internistisch o. B. Psychisch war die Patientin klar orientiert, ohne Intelligenzausfälle, der Gedankenablauf beschleunigt, zeitweise deutlich ideenflüchtig. In ihren Schilderungen zeigte sie eine Tendenz zum Umständlichen und eine Neigung zum Perseverieren. Die Psychomotorik zeigte einen weichen, rasch ausfahrenden Bewegungsfluß, im ganzen war sie betont lässig. Ausdruck und Inhalt waren adäquat, die Stimmung euphorisch, über Kleinigkeiten konnte sie in anhaltendes Gelächter ausbrechen.

Wir hatten den Eindruck, daß die manische Phase im Abklingen war und haben deshalb von einer ES-Behandlung abgesehen. Neben eingehenden Aussprachen über ihre Lebensentwicklung und derzeitige Situation haben wir sie durch intensive Arbeitstherapie zu dämpfen versucht. Unter dieser Behandlung war die Patientin hier die ganze Zeit ohne größere Auffälligkeiten. Wiederholt zeigte sich im Anfang die Konsequenz ihrer manischen Stimmungslage in expansiven Vorschlägen ihrerseits zur Verbesserung des Klinikbetriebes, die jedoch ihren Ausgang stets von vernünftigen Beobachtungen nahmen.

Gegen Ende des Aufenthaltes zeigte sie eine im ganzen syntone Stimmungslage, und neben leichten, wenige Stunden dauernden hypomanischen Stimmungsschwankungen fanden sich auch leichtere depressive Phasen. Nach eingehender Aussprache mit dem Vater haben wir die Patientin nach Hause entlassen.»

Auf Grund der Triebanalyse und der klinischen Syndromatik der Krankengeschichte müssen wir hier die Diagnose der Klinik (Manie) auf *maniformes Paranoid* umstellen.

Variation 2. Depressive Paranoide. Melancholischer Wahnsinn

Die *klinische Syndromatik* ist oft die nämliche wie bei der reinen zirkulären Melancholie. Depressive Grundstimmung mit Denk- und Willenshemmungen, die aber mit ausgeprägten *paranoiden* Beziehungswahnideen einhergehen. Schwere Schuld- und Versündigungsideen wie auch eine affektive Versteifung beherrschen das Krankheitsbild. Die Prognose ist zumeist eine schlechte. Die Kranken werden sehr oft als reine zirkuläre Melancholie diagnostiziert.

Die Triebanalyse kann in diesen dubiosen Fällen durch eine eingehende experimentelle Syndromanalyse die Frage, inwieweit in diesen Fällen auch eine schizophrene Komponente wirksam ist, zur Entscheidung bringen.

Die experimentelle Syndromatik beruht natürlich auf dem gleichzeitigen Vorhandensein von dem melancholischen und paranoiden Symptomverband.

I. Für die *Depression* sprechen:

1. die *Triebklasse* =
2. die *depressive Triebformel* =
3. der *Triebüberdruck* in den Faktoren =
4. der experimentelle *depressive Faktorenverband* (siehe später)
 - a) ewiges, unstillbares Suchen nach dem alten, verlorenen Objekt =
 - b) auf Grund einer Introjektion des alten, einmaligen Objektes =
 - c) mit masochistischer Wendung gegen die eigene Person =

Testologisch:
 Cd^+
 $\frac{m^0 \pm}{d^+!}$
 $d = +!! \quad s = -!$
 $d = +$
 $k = +$
 $s = -$

II. Auf das *Paranoide* weisen folgende Symptome hin:

1. die *Triebklasse*, die oft sogar eine größere Triebgefahr anzeigt = als die Klasse der Depression =
2. die *paranoide Triebformel*, die ebenfalls auf eine größere Spannung im Ich und im Affektleben als in dem Kontaktleben hinweist =
3. *Triebüberdruck* auch im Faktor:
4. der *paranoide Faktorenverband* (das «*Kamm*syndrom»), der aber zumist unvollständig ist =

Schp⁻
 größer als
 Cd^+
 k^0
 $\frac{p^- \text{ oder } k^0 e^0}{p^-}$
 $p = -!$

s	hy	p	m
—	—	—	0
0	—	—	—
—	\pm	—	\pm

Für die Annahme einer depressiven paranoiden Schizophrenie sprechen demnach besonders folgende testologische Merkmale:

1. *Biäquale* Triebklasse =
2. Die *kombinierte Triebformel* =
3. *Triebüberdruck* in den Faktoren =
4. Eine Kombination (Mischform) von den Faktorenverbänden des Paranoiden und des Depressiven.

Schp⁻ Cd^+
 oder
 Cd^+ *Schp*⁻
 $k^0, m^0 \pm, e^0$
 $\frac{p^-, d^+! \quad hy^-}{p^-, b^+ \text{ und } d^+, s^-}$

Fall 19. 50jährige Uhrmacherin

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

Die Zehnerserie der Kranken wird in der Abb. 36 dargestellt.

Syndromanalyse

I. *Paranoide Symptome:*

1. *Triebklasse* =
2. *Triebformel* =
3. *Unitendenz der Projektion* im Ich: Profile 3, 4, 6, 10 =
einmal im Profil 4 mit *Triebüberdruck* =
4. Unvollständige *diagonale Spaltungstendenz mit Unitendenz im Ich*:
Profil 4 =
5. *Quantumspannung* im Faktor:
Profil 4 (und 2) =
6. Das *paranoide «Kamm»-Syndrom* in unvollständiger Form, Profile 5, 6 =
im Profil 4 =

Testologisch:
 $Schp$ ⁻
 $e_9^0 \pm \quad k_7^0$
 $\frac{p_3^- \quad d_1^+}{S \quad P \quad Sch \quad C}$
 $Sch = 0 -$
 $Sch = 0 -!$

S	P	Sch	C
+!	—0	\pm 0	—! + \pm
$b = +!$	$p = -!$		
s	hy	p	m
—	0	—	—
—	\pm	—!	\pm

Fall 19

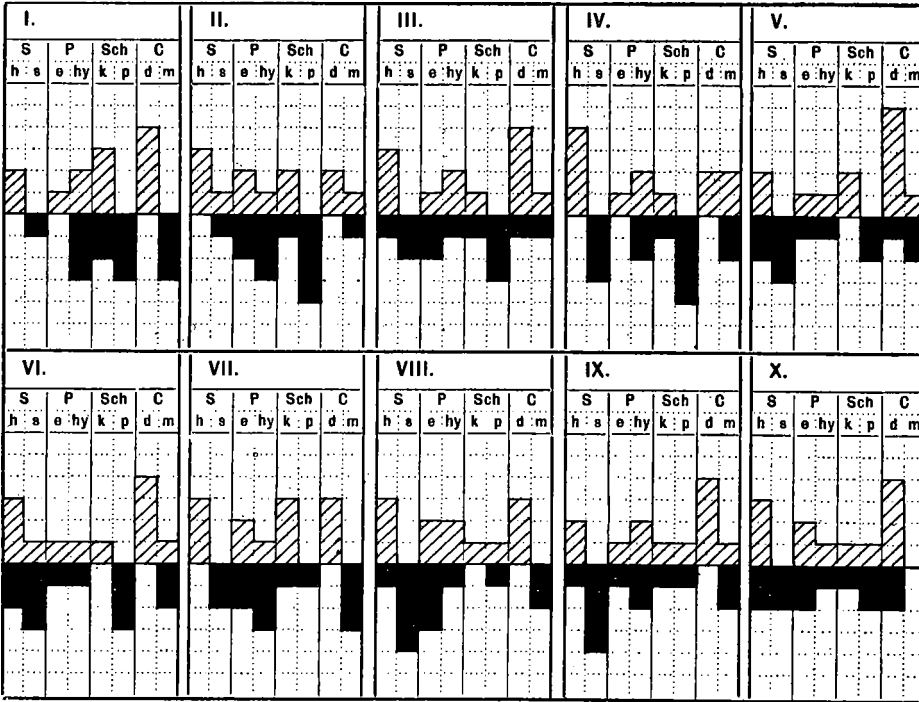
Alter: 50

Beruf: Uhrenmacherin

Depressive, paranoide
Schizophrenie

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1946:		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
Nr.		h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
14.III.	I.	+	0	0	\pm	\pm	-	+!	-	2	2	4
	II.	+	0	\pm	-	+	-!	+	0	2	1	3
	III.	+	-	-	+	0	-	+!	0	2	0	2
	IV.	+!	-	0	\pm	0	-!	+	\pm	2	2	4
	V.	\pm	-	0	0	+	-	+!	-	2	1	3
	VI.	\pm	-	0	0	0	-	+!	-	3	1	4
	VII.	+	-	\pm	-	+	0	+	-	1	1	2
	VIII.	+	-!	\pm	+	0	0	+	-	2	1	3
	IX.	+	-!	0	\pm	0	0	+!	-	3	1	4
	X.	\pm	-	\pm	0	0	-	\pm !	0	3	3	6
Σ 0		0	2	5	3	6	3	0	3	22		
Σ \pm		3	0	4	3	1	0	1	1		13	
T. sp. G.		3	2	9	6	7	3	1	4			35
Latenzgrösse		S = .1.		P = .3		Sch = .4		C = .3				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{22}{13} = 1.7$

2. Triebformel:

Symptomatische: $e_9^{0\pm}; k_7^{0\pm}; h_6^{0\pm}$

Submanifeste bzw. sublatente: $m_4^{-}; h_3^{+}; p_3^{-!};$

Wurzel-Faktoren: $s_2^{-!}; d_1^{+!}$

3. Latenzproportionen:

$Schp^{-}; Phy^{-}; Cd^{+}; S$
 $\underbrace{\quad\quad\quad}_{4 \quad 3 \quad 3} \quad 1$

4. Triebklasse:

Schp⁻; Phy⁻; Cd⁺ triaequal

Abb. 36. Fall 19. Depressive paranoide Schizophrenie. 50jährige Uhrmacherin

II. Das depressive Syndrom:

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|
| 1. Triebklasse (an zweiter Stelle) = | Cd^+ | | | | | | | | | |
| 2. Triebformel (an zweiter Stelle, da Faktor m submanifest ist) = | $\frac{m^{0\pm}}{d+1}$ | | | | | | | | | |
| 3. Introprojektion als Abwehr: Profile 2, 5 = | $Sch = + -$ | | | | | | | | | |
| 4. Triebüberdruck in den Faktoren (Profil 9) = | $d = +! \quad s = -!$ | | | | | | | | | |
| Quantumspannung im Faktor d allein in den Profilen 1, 3, 5, 6 = | $d = +! \quad d = +!!$ | | | | | | | | | |
| 5. Untendenzgefahr im Suchen = | $\left\{ \begin{array}{l} C = + 0 \\ C = +! 0 \end{array} \right.$ | | | | | | | | | |
| Profile 2, 3 = | | | | | | | | | | |
| 6. Der depressive Faktorenverband in den Profilen 5, 7 = | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">d</td> <td style="padding: 0 5px;">k</td> <td style="padding: 0 5px;">s</td> </tr> <tr style="border-top: 1px solid black;"> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">+!!</td> <td style="padding: 0 5px;">+</td> <td style="padding: 0 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">+</td> <td style="padding: 0 5px;">+</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> | d | k | s | +!! | + | - | + | + | 0 |
| d | k | s | | | | | | | | |
| +!! | + | - | | | | | | | | |
| + | + | 0 | | | | | | | | |
| 7. Totale Desintegration im Affektleben = | $P_{5,6} = 0 0$ | | | | | | | | | |
| 8. Lamentation = | $P_{4,9} = 0 \pm$ | | | | | | | | | |

III. Kombination von paranoiden und depressiven Symptomen:

- | | |
|------------------|--|
| 1. Triebklasse = | $Schp^- \quad Cd^+$ |
| 2. Triebformel = | $\left. \begin{array}{l} k^0 \\ p^- \end{array} \right\} \frac{m^{0\pm}}{d^+}$ |

Über die Rolle der mit der Cd^+ -Klasse gleich wichtigen Pby^- -Klasse werden wir später bei der Erörterung der Hebephrenie sprechen.

*

Wir stellten die experimentelle Diagnose auf eine depressive paranoide Schizophrenie. Die Anstaltsdiagnose war die nämliche.

Auszug aus der Krankengeschichte

Der Vater der Patientin starb mit 46 Jahren an einer Darmtuberkulose, die Mutter 64jährig an Miliartuberkulose. Von drei Geschwistern starb ein Bruder als Kind ebenfalls an Tuberkulose. Ein Bruder und eine Schwester leben noch. – Im Februar 1946 kam die Patientin in die Anstalt. Die Wassermann-Reaktion ist negativ. Bei der Aufnahme ist die Patientin sehr *verstimmt*, da sie glaubt, sie würde für immer interniert. Sie sprach sich dahin aus, sie sei im Kopfe krank und gehöre nicht zu den leichten Fällen. 13. 2. 1946: Sie war ab und zu wach, meint, sie müsse anpassen, damit man sie nicht betrügen könne. *Es sei klar, daß man gegen sie etwas plane.* 15. 2. 1946: Hat *Beziehungsideen*. *Sie ist schuld an dem ganzen Unglück der Welt.* Sie ist vollkommen unkorrigierbar, keine Stimmen. Wegen der Schuld- und Versündigungsideen könne sie in der Nacht nicht schlafen. 27. 2. 1946: Gibt an, es gehe ihr besser. Dissimuliert. 1. 3. 1946: Elektroschock. 4. 3. 1946: War bei ihrem Bruder zu Hause und kam zufrieden wieder zurück. 5. 3. 1946: War nach dem Schock eher verstimmt, man hatte mit der Patientin absolut keinen Kontakt. 23. 3. 1946: Zustand für einen längeren Urlaub, den sich die Patientin wünscht, zu schlecht. 1. 5. 1946: Entlassung. Nimmt Mitte Mai die Arbeit wieder auf. 10. 5. 1946: Ambulante Nachkontrolle: die depressive Grundstimmung und eine gewisse affektive Versteifung noch nicht ganz verschwunden. Wahrscheinlich doch *schizophrene Depressive* mit schlechter Prognose. Zweiter Eintritt 12. 11. 1946. Sie wird von ihrem Bruder wieder in die Anstalt gebracht.

Variation 3. Katatoniforme (zwanghafte) Paranoide

Die klinische Syndromatik. Diese Paranoiden sind voll mit Wahnideen, besonders mit Beziehungs- und Verfolgungsideen; sie benehmen sich aber eher steif, sind menschenscheu, sprechen wenig oder verhalten sich völlig mutistisch. Beurteilt man sie nach ihrem Benehmen, so hält man sie für Katatoniker. Ihre Wahnbildungen sprechen aber für typische paranoide Denkstörungen.

Die nähere Triebanalyse dieser Kranken nötigt aber zur Annahme, daß diese Paranoiden ihren Projektionsdrang ($p = -$) mit einem Zwangsmechanismus ($k = \pm$) abzuwehren versuchen. Ihr steifes, katatoniformes Verhalten ist zumeist die Folge des mit den Zwangsmechanismen abgewehrten Projektionsdrangs. (Siehe später: Triebpsychologie der Katatonie.) Die für wirkliche Katatonie charakteristische Sperrung im Ich ($k = -$), im Kontakt und die Mundsperrung ($C = - - -$) läßt sich bei ihnen nur selten auffinden. Man könnte sie eher als Paranoide mit Zwangssymptomen denn als kataton bezeichnen. Die Differenzierung dieser zwei verschiedenen Mechanismen, welche zu dem scheinbar gleichen Krankheitsbild führen können, geschieht aber leicht mit dem Triebtest. Oft können auf diesem Abwehrwege auch große Aggressionen abgewehrt werden.

Die experimentelle Syndromatik kann uns mit folgenden Symptomen zur Differentialdiagnose helfen:

I. Die *Triebklasse* ist für das Paranoide und nicht für das Katatone charakteristisch =

II. Die *Triebformel* trägt ebenfalls einen paranoiden Charakter, nur anstelle des $k = 0$ -Symptoms finden wir hier $k = \pm$. Bei der Katatonie dagegen =

III. Nur selten (1:10, 2:10) zeitigen diese Kranken wirkliche katatone Reaktionen, wie = fast nie aber das sog. «katatoniforme Sperrungssyndrom» (s. später ausführlich)

IV. Die Faktoren mit Triebüberdruck sind die nämlichen wie bei Paranoiden; es kommen aber auch im Faktor k und m Quantumspannungen vor =

Für die Differentialdiagnostik sind demnach die wichtigsten Zeichen: bei den «steifen» Paranoiden = bei Katatonen =

$$\begin{array}{l}
 Schp- \\
 \frac{k\pm}{p-} \\
 \frac{p^0 \text{ oder } p\pm}{k-} \\
 k = -!, m = -! \\
 \begin{array}{cccc}
 k & p & d & m \\
 -! & 0 & - & -!
 \end{array} \\
 \left\{ \begin{array}{l}
 p = -! \\
 d = +! \\
 b = +! \\
 k = -! \\
 m = -!
 \end{array} \right. \\
 \left. \begin{array}{l}
 1. Schp- \\
 2. k = \pm, +, p = - \\
 3. k = -!, m = -!
 \end{array} \right.
 \end{array}$$

Fall 20. 51jähriger Mann

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn) gab die 10 Triebprofile: Abb. 37.

Das *paranoide* Syndrom: *Syndromanalyse*

I. *Triebklasse* =

II. *Triebformel* =

III. *Quantumspannungen* in den Faktoren =

IV. *Ichabwehr*: Die Projektion wird mit Zwang abgewehrt. Profile 1, 4, 5, 7, 9, 10 =

V. Unvollständige *diagonale Spaltungen*:

Profil 1 =

Profil 5 =

$$\begin{array}{l}
 \text{Testologisch:} \\
 Schp- \\
 \frac{k\pm; e^0 s^0}{p- \quad b +! \quad d +!} \\
 b = +! (7!) \\
 d = +! (1) \\
 m = - (1)
 \end{array}$$

$$\begin{array}{l}
 Schb = \pm - \\
 \begin{array}{cccc}
 S & P & Sch & C \\
 + - & + \pm & \pm - & + - \\
 +! - & + - & \pm - & + -
 \end{array}
 \end{array}$$

Auf Grund dieser experimentellen Symptome gehört der Fall triebpsychologisch zu den Paranoiden.

Katatoniforme Symptome

sind sehr spärlich vorhanden:

- I. *Ichsperrung* als Negativismus nur im Profil 8 = $k = -!$
und in demselben Profil
II. auch Mutismus (orale Sperrung) = $m = -!$

Das wirkliche katatonische Sperrungssyndrom kam in den 10 Aufnahmen nie vor.

Es wäre schon möglich, daß der nämliche Fall in einer anderen Phase das Bild der wirklichen Katatonie zeitigen könnte; zur Zeit der Testaufnahme war er aber paranoid, die Wahnideen wurden mit *Zwang* gebremst¹.

Auszüge aus der Krankengeschichte

Aufnahme 16. 1. 1933: In bezug auf Heredität ist nichts bekannt.

Der Patient besuchte mit Erfolg das Gymnasium und bestand 1915 die Maturität. Studierte zuerst katholische Theologie, später Medizin. Das Staatsexamen in Genf bestand er nicht. Darauf immatrikulierte er sich in einer anderen Stadt, mußte aber dort seine Studien unterbrechen, weil der dortige Professor für Psychiatrie bei ihm eine Geisteskrankheit feststellte. Sein Studium wurde nochmals durch den Militärdienst unterbrochen. Seit Abbruch seiner Studien hat sich sein ganzes Wesen verändert. Der Gedankengang schien äußerlich geordnet zu sein, soweit die Unterhaltung gedieh. Dagegen bestanden bei ihm *Beziehungsideen*. Er meinte, daß in der Presse über ihn geschrieben würde, daß die Weltgeschehnisse von ihm abhängig seien. Der Patient wurde menschenscheu, sprach wenig und wähnte sich *verfolgt*. 8. 6. 1933: Hatte beim Heuen einen Erregungszustand, fluchte und schimpfte. Man mußte Angst haben, daß er mit seiner Heugabel dreinstechen würde. 19. 7. 1933: Bei erneutem Aufregungszustand von der Arbeit weggebracht. 1934: Ruhiger und still. Juni 1935: *Ganz kataton, zeigt sich negativistisch*. 1936: Patient ist einer der ärgsten Katatoniker. Zu keiner Arbeit zu bewegen. 1937: Ganz abgestumpft. In jeder Hinsicht unverändert. 1938: Immer noch sehr kataton. Kaum verständlich, weil er nur flüstert. 11. 4.-17. 7. 1938: Insulinkur, nur vorübergehender Erfolg. 1939/40: Reagiert auf Azomkur mit Epi-Anfall, psychisch unverändert. 1941/42: Wie immer sehr kataton und ausgesprochen mutistisch. 1943/44: Psychisches Verhalten absolut unverändert. 1945: Status idem. 11. 6. 1946: Gibt auf Befragen an, daß die Krankheit durch eine Angstneurose infolge Depression ausgebrochen sei, und zwar durch eine Allgemeinertäuschung. Teilt mit, daß er *Stimmen gehört habe*, und zwar Drohungen. Die Stimmen hätten ihm gesagt: «Du mußt eine Ohrfeige geben!» Als dem Patienten gesagt wird, er leide an Katatonie, schüttelte er den Kopf und sagte, er würde folgende Diagnose stellen: «Eine mächtige Verlangsamung.» Seine Sperrungen könnten gelöst werden, wenn er mehr Freiheit hätte. Er glaubt, daß ihn Ideen plagen, und zwar «Ideen mit konstelligtem Ausblick». September 1946: Wurde Gartenarbeit zugeführt und ist zufrieden. *Ist immer noch kataton*¹.

Der zweite Haupttypus des Paranoiden ist:

b) Das inflative Paranoide

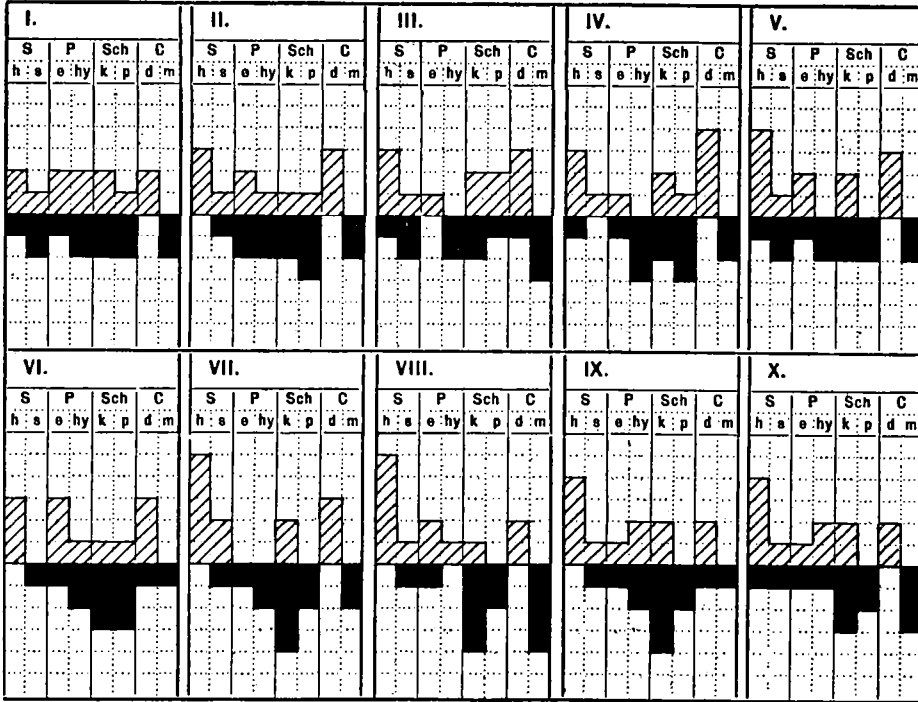
Mit dieser Benennung wird die ausschlaggebende Rolle der *Inflation* ($p = +$), d. h. die der *Besessenheit von Ambitionen*, die Wichtigkeit des *Verdoppelungs-erlebens* bei diesen Paranoiden hervorgehoben.

Die klinische Syndromatik: *Inflation* bedeutet in der Ichpsychologie Aufgebläsenheit mit Gegensätzlichkeiten, in denen der Widerspruch von den Kranken nicht wahrgenommen wird. Sie lassen beide polar entgegengesetzten Strebungen in ihrem Ich neben und nicht gegeneinander walten und schalten, als ob die Gegenwart der einen Tendenz die andere nicht unmöglich machen würde. (Näheres siehe Bd. II, *Inflation*, wo auch die Beziehung zu dem Begriff der *Ambitendenz* nach E. BLEULER und zu dem *Inflationsbegriff* nach C. G. JUNG erörtert

¹ Über die Beziehung der Katatonie zum Paranoiden siehe später: *Triebpsychologie der Katatonie*.

Katatoniforme, paranoide Schizophrenie Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1946:	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ						
Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm		
I.	+	-	+	\pm	\pm	-	+	-	0	2	2		
II.	+	0	\pm	-	-	-	+	-	1	1	2		
III.	+	-	0	-	\pm	+	+	-	1	1	2		
IV.	+	0	0	-	\pm	-	+	-	2	1	3		
V.	+	!	+	-	\pm	-	+	-	0	1	1		
VI.	+	0	+	-	-	-	+	0	2	0	2		
VII.	+	!	+	0	-	\pm	-	+	1	1	2		
VIII.	+	!	0	+	0	-	!	-	+	!	2	0	2
IX.	+	!	0	0	\pm	\pm	-	+	0	3	2	5	
X.	+	!	0	0	+	\pm	-	+	-	2	1	3	
Σ 0	0	6	5	1	0	0	0	2	14				
Σ \pm	0	0	1	2	7	0	0	0		10			
T. sp. G.	0	6	6	3	7	0	0	2			24		
Latenzgrösse	S = 6.	P = 3.	Sch = 7.	C = 2.									

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{14}{10} = 1.4$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$k_{7}^{\pm}; s_{6}^{0}; e_{6}^{0\pm}$
Submanifeste bzw. sublatente:	$hy_{3}^{\pm 0-}; m_{2}^{0-!}$
Wurzel-Faktoren:	$h_{0}^{+!}; p_{0}^{-}; d_{0}^{+}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Schp^{-}}{7}; \frac{Sh^{+}}{6}; \frac{Phy^{-}}{3.}; \frac{Cd^{+}}{2}$

4. Triebklasse:

Schp⁻, Sh⁺ biaequal

Abb. 37. Fall 20. Katatoniformes Paranoid. 51jähriger Medizinstudent

wird.) Die Kranken haben *zwei Seelen*, oder die Seele wird ihnen «wie geteilt», sie sind zugleich «zwei Wesen» mit zwei Ichs. Zum Zustand dieser Besessenheit und Verdoppelung gehört das Erleben fremder, halluzinierter Persönlichkeiten, welche zu den Kranken sprechen, oft auch Zwangspänomene (JASPERS).

Das Grunderlebnis ist demnach bei diesen Besessenen die *Verdoppelung*, das Erlebnis der eigenen Spaltung in zwei Ichs, die als Fremde nebeneinander stehen. Dämonen und Engel, Teufel und Götter fahren in den Menschen und ergreifen von seiner Seele Besitz. Aber auch andere Gegensätzlichkeiten wie Mann und Weib, Kaiser und Untertan, Knecht und Herr, Erfinder, Dichter, Schriftsteller, Politiker und Alltagsmensch können im Zustand der Inflation die Ambitendenz bedingen und die Seele verdoppeln.

Die experimentelle Triebforschung faßt alle diese Erscheinungen (wie Besessenheit, psychische Inflation, Ambitendenz, Verdoppelung der Person) als Krankheiten der *Überfunktion der Egodiastole* auf. Diese Auffassung wurde experimentell durch die Ichreaktion der Inflation $Sch = 0 +$ festgestellt. (Im Bd. II werden wir lehrreiche Fälle auch klinisch darstellen.)

Experimentelle Syndromatik des *inflativen* Paranoiden

I. Die Spaltung der Gegensätzlichkeiten im Triebleben ist *diagonaler* Natur, die Person behält aber *im Vordergrund die Männlichkeit*, also eben das polar entgegengesetzte Triebstück des projektiven Paranoiden. (Form b.)

II. Die obligate *Triebklasse* ist =

III. Die *Triebgefahr* besteht in der Unitendenz der Inflation ohne jegliche Stellungnahme des Ichs gegenüber der Besessenheit =

IV. Die *Triebformel* weist ebenfalls auf die über alle Maßen gesteigerte Funktion der Egodiastole hin =

Testologisch:

S	P	Sch	C
-	+	0	+
-	±	-	±

usw.

$Schp^+$ oder $Schp^+ Pe^-$ biäqual

$$Sch = 0 + 1$$

$$k = 0$$

$$\frac{k^0}{p^+}$$

Variationen

$$\frac{k^0 hy \pm 0}{p^+ e^-}; \frac{k^0 s \pm (0)}{p^+ h^- d^-}; \frac{k^0 m \pm (0)}{p^+ d^-}; \frac{k^0 e \pm 0}{p^+ hy^+}; \frac{k^0 e \pm 0}{p^+ d^- m^+}$$
 usf.

V. Die *Quantumspannungen* häufen sich natürlich im Faktor =

$$p = +!$$

VI. Die *Mitte* gestaltet sich anders als bei den Projektionsparanoiden =

e	hy	k	p
-	+	0	+
-	0	0	+
±	0	0	+
-	-	0	+

Diese Mitte will sagen: Die Person ist besessen = einerseits von dem vordergründigen «Mann-Kain» = (Totwünschen des einen Elternteiles); andererseits aber von weiblicher Gewissens- und Schuldangst. (Phobie) im Hintergrund =

$$p = +$$

$$P = - +$$

$$P = + - \text{ oder } + 0$$

VII. Als besondere Faktorenverbände gelten also:

1	2	3	4	5
$\frac{+}{s}, \pm$	$\frac{-}{e}, \pm$	$\frac{+}{hy} (\pm) 0$	$\frac{0}{k}$	$\frac{+}{p}$

Die psychologische Bedeutung des Faktorenverbandes

1. Besessenheit von der Ambitendenz =
2. von Aggression und Hingabe =
3. von dem Kain in dem Vordergrund =
4. eine lähmende *Ichschwäche* gegen die Besessenheit =

$$P = +! \quad \left. \begin{array}{l} s = +, \pm \\ e = -, hy = +, 0 (\pm) \\ k = 0 \end{array} \right\}$$

Oft gesellt sich - besonders am Anfang der Krankheit - das Bild der Inzestbindung zu dem obigen Faktorenverband =

$$C = \begin{matrix} - + \\ - \pm \\ - 0 \end{matrix} \}$$

VIII. Als *Ichabwehr* dominiert die Inflation =
seltener die Introinflation =

$$\begin{matrix} Sch = 0 +! \\ Sch = + +! \end{matrix}$$

IX. Die *Kontaktstörungen* melden sich einmal in einer unglücklichen Inzestliebe oder einem Inzesthaß =

$$C = \begin{matrix} - + \\ - \pm \\ - 0 \end{matrix} \}$$

$$P = \begin{matrix} - + \\ - \pm \end{matrix} \}$$

$$C = \begin{matrix} 0 - \\ 0 \pm \end{matrix}$$

ein andermal als hypomanische Haltlosigkeit =

X. Die *Sexualstörung* besteht häufig in Triebzielinversion, beim Mädchen in Form von =
beim Jungen in Form von =
aber Jungen geben auch die Reaktion =

$$S = \begin{matrix} - +, - \pm \\ S = + \pm \\ S = - \pm \end{matrix}$$

$$P = \begin{matrix} - + \\ - \pm \\ - 0 \end{matrix} \}$$

$$P = \begin{matrix} - - \\ P = \pm 0 \\ by = 0 \end{matrix} \}$$

XI. Im *Affektleben* dominiert der Kainanspruch im Vordergrund =

nicht selten aber auch Panik =

Der Drang, sich zur Schau zu tragen, ist oft manifest =

Auf Grund dieser experimentellen Syndromatik ist es nicht schwer, die zwei Hauptformen des Paranoiden, die projektive von der inflativen, zu trennen. Es ist noch zu bemerken, daß im klinischen Bild der Inflationsparanoiden nicht selten schwere Minderwertigkeitsgefühle mit Zwangsgedanken vorzufinden sind. Daher die relative Häufigkeit der ambivalenten Reaktionen in den Faktoren *s*, *e*, *m* und *h*, wie auch vorübergehende Verfolgungs- und Beziehungsgedanken.

Fall 21. 16jährige «Romandichterin»

Die 16jährige Gymnasiastin, die stets Klassenerste war, beginnt sich plötzlich sonderbar zu benehmen und zu kleiden. Sie trägt einen männlichen Künstlerschopf, kommt ungepflegt in die Schule, nimmt eine militärisch stramme Schrittart an, isoliert sich völlig von den Mitschülern, verachtet sie, da sie ja, wie sie mir mitteilt, «die größte Romandichterin der Welt» sei. Ihre Größenwahndecken werden stets stärker, die Haßbeziehung zur Mutter in der Familie unerträglich, und man muß sie in einem psychiatrisch-heilpädagogischen Heim unterbringen, wo sie - ohne Erfolg - eine Cardiazolschock-Kur durchmacht. Nach dieser Kur rate ich ihr eine Psychoanalyse. In der aus dieser Zeit stammenden zweiten Zehner-Testserie zeitigt die Probandin zehnmals die Abwehrreaktion der *Inflation*.

Syndromanalyse

I. Das Schicksal der Triebgegensätzlichkeiten ist eine ödipale HaßEinstellung den Eltern gegenüber. Profil 11 (diagonale Spaltungstendenz in unvollständiger Form *b*) =

Profil 12 =
Profil 17 =

Testologisch:

S	P	Sch	C
- ±	- ±	0 +!	- +
-! ±	- +!	0 +	- 0
- ±	± 0	0 +	- +

Das will also sagen, das Mädchen ist von Ambitendenzen besessen; so

1. von den Ansprüchen des Mannes «Kain» =

k	p	s	e	by	d	m
0	+	±	- +	- +	- +	±
						±
						0
						Kain
						-
						0
						s = -; by = -
						C = - +
						s = ±

2. aber auch von weiblicher Hingabe und Schamhaftigkeit =

3. sie liebt inzestuös einen Elternteil (die Mutter) =

mit der sie in einer sadomasochistischen Bindung lebt =

Sie möchte – wie ein Kain – die Mutter oder deren Ersatzobjekt töten, sie wünscht sie tot, weil ihre Liebe zu ihr unbefriedigt blieb =

$$\left\{ \begin{array}{l} P_{13} = - + \\ P_{12} = - + \\ C_{11, 17} = - + \end{array} \right.$$

Sie ist also in diese Ambitendenz der Haß-Liebe unglücklich verwickelt. Profile 15, 16, 19, 20 =

$$C = - \pm; C = 0 \pm$$

II. Ihre inflative paranoide Trieblage wird durch die *Triebklasse* = demonstrativ aufgeklärt.

$$\frac{Schp^+}{10}$$

III. Das nämliche kommt in der *Triebformel* zum Vorschein =

$$\frac{k^0}{p^+}$$

IV. Ihre *Triebgefahr* ist durch die über alle Maßen gesteigerte *Unitendenz der Inflation* gekennzeichnet = dafür spricht auch der Triebüberdruck im Faktor =

$$\begin{array}{l} Sch = 0 + \\ p = +! \text{ (3mal)} \end{array}$$

V. Den charakteristischen *Faktorenverband* des inflativen Paranoiden gibt die Kranke mehrmals: Profile 11, 12, 17 =

<i>k</i>	<i>p</i>	<i>e</i>	<i>by</i>	<i>s</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
0	+	-	+	±	-	+
			-	±		±
			±	0		- 0

VI. Auch die *Mitte* spricht für die Besessenheit von der Ambitendenz der Kain-Abel-Ansprüche:

Profil 11 =

Profile 12, 13 =

Profil 14 =

Profile 15, 17, 19 =

<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
-	±	0	+!
-	+	0	+
-	0	0	+
±	0	0	+

VII. Sie gibt dabei auch die Mitte der phobischen Besessenheit, Profil 16, und die Mitte der Besessenheit von Geltungsdrang (Exhibitions-Besessenheit), Profil 18 =

<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
+	0	0	+
0	+	0	+!

VIII. Die *Ichabwehr* ist stets die Inflation, also das Ungültigmachen der Triebgegensätzlichkeiten (Mann – Weib, Kain – Abel) durch Verdoppelung des Ichs =

$$Sch = 0 +$$

IX. Die *Kontaktstörungen* melden sich in Form von

1. Inzestbindung in reiner Form, Profile 11, 12, 17 =

2. unglücklicher Inzestbindung, Profile 15, 16, 20 =

3. Akzeptationsdrang, Profile 13, 14 =

4. hypomanischer Reaktion, Profil 18 =

$$\left. \begin{array}{l} C = - + \\ \quad - 0 \\ C = - \pm \\ C = 0 + \\ C = 0 - \end{array} \right\}$$

X. Die Störung in der *Sexualität* zeigt sich zumeist in Form von:

1. Triebzielinversion; sie will in der Liebe als Mann gelten. Profile 11, 12, 17, 18 =

$$S = - \pm$$

Dabei aber kämpft in ihr stets die Ambivalenz der Aktivität – Passivität, des Sadismus – Masochismus, also das Dilemma, soll sie ein Mann oder eine Frau sein =

$$s = \pm$$

2. Zweimal kommt ihre bisexuelle Grundstruktur rein zum Vorschein; Profile 14, 19 =

$$S = \pm \pm$$

3. Dreimal liefert sie das Bild der Sublimation =

$$S = - - -$$

Profile 13, 15, 16, davon einmal (Profil 13) mit Masochismus =

$$S = - - -!$$

XI. Die *Affektstörungen* gehen teils in der Richtung der Kain-Ansprüche, Profile 11, 12, 13, 14 =

$$\left. \begin{array}{l} P = - + \\ \quad - \pm \\ \quad - 0 \\ P = + 0 \\ \quad \pm 0 \end{array} \right\}$$

teils in der Richtung der Phobie, Profile 15, 16, 17, 19 =

Hysterischer Geltungsdrang und Affektfülle in den Profilen 18 und 20 =

$$\left\{ \begin{array}{l} P = 0 + \\ P = . + + \end{array} \right.$$

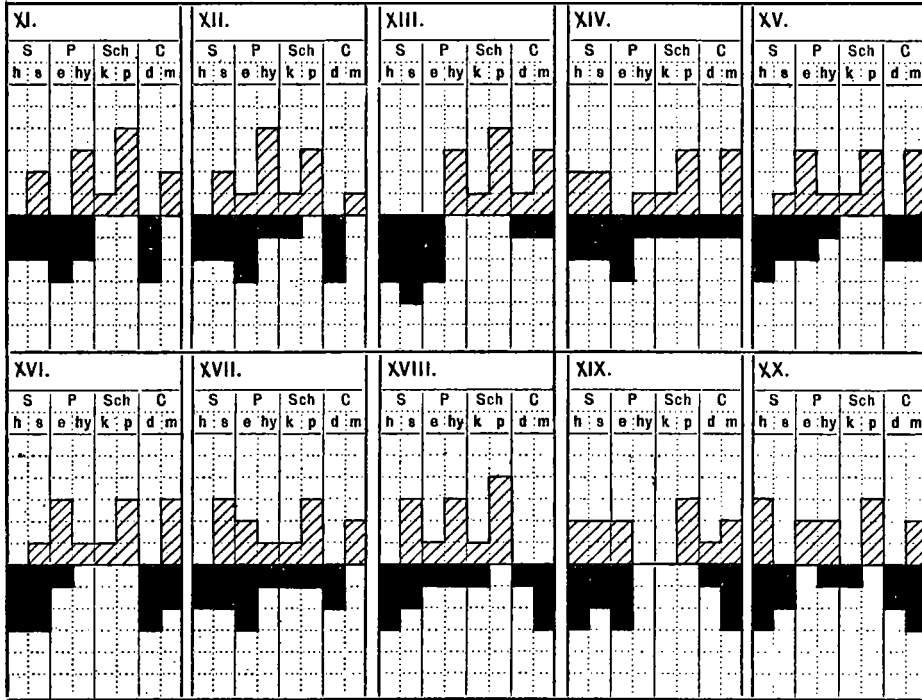
Aus der Mitteilung der Psychoanalytikerin heben wir folgendes hervor:

Die Probandin haßte beide Eltern, wünschte ihren Tod, besonders den der Mutter. In der Schule – zur Zeit ihres kuriosen jünglingsartigen Benommens – war sie in ihre Gymnasiallehrerin der Literatur tödlich verliebt. Sie stand stundenlang vor ihrer Türe, sowohl in der Schule wie vor der ihrer Wohnung, teilte ihr den Wunsch mit, bei ihr zu wohnen, wollte sie

Fall 21
Inflative, paranoide
Schizophrenie

Alter: 21
Szondi-Test
 Blatt mit zehn Triebprofilen

Beruf: **Gymnasiastin**
 „**Romandichterin**“



1940		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
4.IX.	XI.	- ±	- ±	0 +!	- +	1	2	3
	XII.	- ±	- +!	0 +	- 0	2	1	3
	XIII.	- -!	- +	0 +!	0 +	2	0	2
	XIV.	± ±	- 0	0 +	0 +	3	2	5
	XV.	- -	± 0	0 +	- ±	2	2	4
	XVI.	- -	+ 0	0 +	- ±	2	1	3
	XVII.	- ±	± 0	0 +	- +	2	2	4
	XVIII.	- ±	0 +	0 +!	0 -	3	1	4
	XIX.	± ±	± 0	0 +	0 ±	3	4	7
11.XII.	XX.	± -	+ +	0 +	- ±	1	2	3
	Σ 0	0 0	1 5	10 0	4 1	21		
	Σ ±	3 6	3 1	0 0	0 4		17	
	T. sp. G.	3 6	4 6	10 0	4 5			38
	Latenzgrösse	S = 3	P = 2	Sch = 10	C = 1			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{21}{17} = 1.2$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$\rightarrow k_{10}^0$
Submanifeste bzw. sublatente:	$s_6^{\pm}; hy_6^{\pm}; m_5^{\pm}; e_4^{\pm}; d_4^{-}; h_3^{\pm}$
Wurzel-Faktoren:	$\rightarrow p_0^+$

3. Latenzproportionen:

Schp⁺: Sh⁻: Pe⁻: Cd⁻
 10 3 2 1

4. Triebklasse:

Schp⁺ triaequal

Abb. 38. Fall 21. Inflative paranoide Schizophrenie. 21jährige «Romandichterin»

später wie ein Sohn oder Mann erhalten, wollte sie küssen. Das *consilium abeundi* aus der Schule geschah eben auf Wunsch dieser Lehrerin. Später besuchte sie eine andere Schule, wo sie sich sehr bald wieder verliebte, und zwar diesmal in die Mathematiklehrerin, und, wie früher von der Literatur, jetzt von der Mathematik besessen war. Später kehrt sie aber doch zu der Literatur zurück, gibt aber allmählich die Idee, sie sei die größte Romandichterin der Welt, auf und überschlägt in das Gegenteil: Sie sei dumm, es lohne sich nicht, sich mit ihr abzugeben, und entwickelt ähnliche Minderwertigkeitsideen. Im April 1940 fällt sie plötzlich, auf der Straße gehend, in einen Dämmerzustand, weiß nicht, wo sie, wer sie ist. Nach 24 Stunden klärt sich ihr Bewußtsein wieder völlig auf. Die Ursache dieses Dämmerzustandes war die Zurückweisung seitens der geliebten Mathematiklehrerin. Während aber die ähnliche Situation noch vor einem Jahr sie psychotisch machte, verfiel sie jetzt nur in einen kurz dauernden Dämmerzustand. In einer späteren Phase der Analyse will sie wieder nicht essen, «weil sie sich zu dick erachtet» und wird tee- und kaffeesüchtig und raucht ohne Halt. Oft reagiert sie paradoxerweise mit «Sich-Verstecken» dort, wo sie sich in der Wirklichkeit zur Schau tragen möchte. Kleidet sich exzentrisch, aber frauenhaft, um nicht aufzufallen. Sie wirkt bizarr, ist geistig und motorisch unruhig, oft depressiv und hat Suizidalgedanken. Im Herbst 1940 ist sie wieder besessen, schreibt einen Roman, der ihr *magnum opus* sein wird, inzwischen hungert sie, raucht und trinkt den ganzen Tag Tee und Kaffee. Schwere Phobien quälen sie, liegt in der Nacht aus Angst völlig angekleidet und in Schuhen. Es melden sich plötzlich *Reinlichkeits-* und *Waschzwänge*, nachdem sie vorher eher unrein war. Sie traut sich nicht, in die Augen der Mitmenschen zu schauen, «weil sie die andern mit ihrem stechenden Blick verderben könnte».

Anfang 1946 stellt sich eine Besserung ein. In ihrem Roman werden allmählich die «Jünglinge» erwachsen, sie zeigen schon Interesse für pornographische Bilder. Sie selbst will nun künftig auch so sein wie die andern Mädchen. Sie zeigt Einsicht in die Notwendigkeit, sich an die Umwelt anzupassen, denn so wie es in der Vergangenheit war, kann ihr Leben nicht weitergehen.

*

Über die Psychologie des Paranoiden werden wir später die Ergebnisse der Triebforschungen zusammenfassen. Hier heben wir nur zwei merkwürdige Tatsachen hervor. Erstens: *die innige Beziehung der diagonalen Teilungsrichtung mit der Überfunktion der Egodiastole*. Die projektiven Paranoiden zerspalten ihre Triebgegensätzlichkeiten so, daß sie im Vordergrund die weiche, weibliche Persönlichkeitshälfte mit einer Untreue ($C = + \rightarrow$) oder Hypomanie ($C = 0 \rightarrow$) behalten. In der Phase des inflativen Paranoiden dreht sich die Triebbühne völlig um: In den Vordergrund drängt sich an die Stelle der Frau-Abel der Mann-Kain mit Wut und Rache gegen die Eltern, die er tot wünscht. Es ist triebpsychologisch anzunehmen, daß die zwei *Hauptformen des Paranoiden (die projektive und die inflative) die Folgen der nämlichen Triebzerspaltung sind, nur stellt sich einmal die eine, ein andermal die andere Hälfte der Persönlichkeit in den Vordergrund des Krankheitsbildes*. Diese Art der Zerspaltung der Triebgegensätzlichkeiten bedingt klinisch das Bild des Paranoiden.

Die zweite experimentell festgestellte Tatsache ist die, daß *die krankhafte Überfunktion der Egodiastole nur zu Wahnbildungen führt*. Die Halluzinationen scheinen nicht mit der Triebgefahr *Schp* zusammenzuhängen, sondern vermutlich mit der *Phy*-Gefahr, d. h. mit einer Funktionsstörung des Faktors *hy*. (Siehe später die Erörterungen über die Hebephrenie.)

B. Experimentelle Syndromatik der Katatonie

I. Teilung der Triebgegensätzlichkeiten:

1. Unitendenzen in der Mitte, also im Affekt-Ichleben =
2. Negative Legierung im Kontakt, also Kontaktspernung =
3. Positive Legierung im Sexus mit Triebüberdruck =

Testologisch:

$\left. \begin{array}{l} P \\ -0-0 \\ 0-0-0 \end{array} \right\}$	$\left. \begin{array}{l} Sch \\ -0-0 \\ -0-0 \end{array} \right\}$	$\left. \begin{array}{l} \\ \\ \\ \end{array} \right\}$	$\left. \begin{array}{l} \text{klassisch-} \\ \text{kataton} \\ \text{paranoid-} \\ \text{kataton} \end{array} \right\}$
			$C = - -$
			$S = + +!$

II. Triebklasse =

III. Triebformel =

d. h. a) Räumung der gefahrbringenden Strebungen aus dem Wunschbewußtsein =

b) durch Verneinung oder Verdrängung =

IV. Triebgefahren bestehen:

1. durch Unitendenz der Verneinung, der Negation = Ichsperre (Negativismus) = oft mit völliger Entwertung aller Werte (Destruktionstendenz den Werten gegenüber); negativistischer Stupor =

2. durch Unitendenz im Affektleben:

a) der Kranke stellt durch sein Benahmen, seine Mimik zur Schau, daß er Wut, Haß, Zorn und Rache in sich aufstaut =

b) seltener entläßt er seine groben Affekte, lebt aber in einer sensitiven Beziehungsangst wie der Paranoide =

V. Triebgefahren durch *Triebüberdruck* in den Faktoren =

d. h. 1. egosystemische Ichsperrung in der Stellungnahme: *Negation* und *Negativismus* =

2. die *Aufstauung der Aggression* beherrscht durch die Quantumspannungen die Innenwelt des Kranken. Nicht selten finden wir auch in der Liebe einen Überdruck =

VI. Die *katatoniforme Mitte* weist darauf hin, daß der Katatoniker eine Person darstellt, die eben über alle Maßen gefahrdrohende Strebungen *verdrängt*. Diese Tendenzen sind einmal die Ansprüche eines Kains, ein anderesmal des Abels, der mit Schuld- und Strafangst beladen ist. Diese katatoniforme Mitte spricht für die Richtigkeit unserer Auffassung, nach der *Psychotiker im allgemeinen ein höheres stellungnehmendes System (Über-Ich) haben als die Alltagsmenschen*.

VII. Das *katatoniforme Sperrungssyndrom*

Dieser Faktorenverband zerlegt sich auf folgende Symptome:

1. Sperrungen

a) *egosystemische Ichsperre, Negativismus*, also die Verneinung jeglicher Idealbildung und Aktivität *nach außen* ganz bis zum Stupor =

b) *Kontaktspernung* =

katatonische Beharrung =

bei der Ablösung von der Welt =

2. Aufstauung von Aggressionen =

und groben Affekten =

Aus diesem Sperrungssyndrom können wir noch weitere Symptome der Katatonie triebpsychologisch ableiten:

3. *Negativistischer Stupor* als Folge der übersteigerten Negation =

4. *Motorische Erregungen* als Folge der Aufstauung von Aggression und Wut =

5. *Stereotypien, Verbigeration* als Folge der Beharrungstendenzen =

6. *Koprophilie*, Unreinheit, Kotschmierern, Speicheln, Kot-, Harn-Zurückhalten als Folge der Analität =

7. *Mutismus* als Folge der Unterdrückung der Oralität =

$$\left\{ \begin{array}{l} 1. Schk^- \\ 2. Ss^+ Schk^- \\ 3. Schk^- Pby^- \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{ll} 1. \frac{p^0}{k^-} & 2. \frac{p^\pm}{k^-} \\ 3. \frac{p^0}{k^-} & \frac{hy^0}{m^-} & \frac{hy^0}{s^{+!}} \end{array} \right.$$

$$\left. \begin{array}{l} p = 0 \\ k = - \end{array} \right\} \text{(vorher } \pm \text{)}$$

$$\left. \begin{array}{l} Sch = -! 0 \\ k = -! \\ p = 0 \end{array} \right\}$$

$$\left. \begin{array}{l} hy = 0 \\ P = - 0 \end{array} \right\}$$

$$P = 0 -$$

$$k = -! \quad s = +!$$

$$k = -!$$

$$\left. \begin{array}{l} s = +!! \\ h = +! \end{array} \right\}$$

	P	Sch
	— 0	— 0
	— ±	— 0
	0 —	— 0
	0 +	— 0
	Sch = —! 0	
	P = — 0	
	e	hy
	0	— 0

	1	2	3	4	5	6	7
	+!!	—	0	—	0	—	—
	s	e	hy	k	p	d	m

Ichsperre Kontaktsperre

$$Sch = -! 0$$

$$C = - - -$$

$$\left\{ \begin{array}{l} d = - \\ m = - \end{array} \right.$$

$$s = +!!$$

$$e = - \quad \left. \right\}$$

$$k = -! \quad p = 0$$

$$s = +!$$

$$e = - \quad \left. \right\}$$

$$d = -$$

$$d = -$$

$$m = - , k = -$$

Der experimentell festgestellte Faktorenverband des katatonen Symptomenkomplexes ermöglicht demnach, das klinische Bild der Katatonie triebpsycho-

logisch restlos zu verstehen und die triebhaften Hintergründe der Symptome abzuleiten. Ein Beweis für die Richtigkeit der Auffassung, daß Geisteskranke an erster Stelle triebkranke Individuen sind.

VIII. Als den besonderen *Ichabwehrmechanismus* der Katatoniker heben wir hervor:

1. Die *destruktive, entwertende Form der Verdrängung* = $Sch = -! 0$

Diese Art der Verdrängung unterscheidet sich von der neurotischen nur in dem Maß der negativen Egosystole, welche so krankhaft gesteigert ist, daß der Kranke jegliche aktive Stellungnahme einstellt (Störung der Aktivität). *Was man klinisch den negativistischen, starren oder schlaffen Stupor nennt, ist triebpsychologisch die Folge der verschieden starken Maße der negativen Egosystole.*

Stupor und Negativismus sind demnach egosystolische Abwehrmechanismen und werden als übertriebene Formen der Egosystole und der Verdrängung gedeutet. Dies ist eine experimentell gesicherte Auffassung, die uns klar zeigt, wie weitgehend die Grenzen zwischen den Neurosen und Psychosen verschwommen sind, wenn man die Vorgänge tiefenpsychologisch bis zu den Wurzeln, d. h. bis zu den unbewußten Abwehrmechanismen zu verfolgen versucht.

2. Der zweite Ichabwehrmechanismus, den Katatoniker besonders am Anfang und am Ende der katatonischen Phase benützen, ist die *Entfremdung* =

Diese Abwehrtechnik ist als die Vorphase der Verdrängung aufzufassen =

$Sch = - \pm$
 $p = \pm$
 wird bei der Verdrängung $p = 0$

Die egosystolische, negativistische Stellungnahme ist bei der Entfremdung ebenfalls da, nur ist das gefahrbringende Bedürfnis noch nicht evakuiert, aber schon in der Vorphase der Räumung =

$k = -$
 $p = \pm$

Im Vorgang der Entfremdung ist triebpsychologisch das wichtigste Moment *das Fehlen der Introjektion* ($k = +$). Durch den Ausfall der Introjektion verliert die Person die Brücke zur Wahrnehmungswelt. Ursprünglich ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung nicht gestört, sondern die Person zieht sich abwehrmäßig unbewußt von der Wahrnehmungswelt zurück und verneint die Welt ($k = -$). Auf diesem Wege können auch Depersonalisationsphänomene zustande kommen, die man aber nicht nur bei Katatonen, sondern auch bei Melancholikern und bei Neurotikern vorfindet. (Näheres über die Entfremdung siehe Bd. I, Das Syndrom der Depersonalisation, und Bd. II, Abwehrlehre.)

3. Natürlich gebrauchen auch die Katatoniker trotz der Ichsteife nicht immer den nämlichen Ichabwehrmechanismus. Es können abwechselnd auch Ichbilder mit *totaler Projektion* =

$Sch = 0 -$
 $Sch = + -$
 $Sch = 0 +$
 $Sch = - +$

mit Autismus, *Introjektion* =
Inflation =
 und *Hemmung der Inflation* in einer Zehnerserie auftreten. Pathognostisch für die Katatonie bleibt aber stets die *hyperegosystolische Verdrängung*, also die *negativistische, entwertende, destruktive Desimagination* =

$Sch = -! 0$

IX. Von den *Kontaktstörungen* erachten wir 1. die schon erwähnte *Kontaktsperre* als pathognostisch =

$C = - - -$

dabei können aber Katatoniker 2. die totale *Auflösung und Aufgabe jeglicher Beziehung mit der Welt* =

$C = 0 0$

zeitigen, das Bild, das wir als Regression des Kontakttriebes auffassen. (Wunsch, im Schoß der Mutter geborgen zu sein und nichts mit der Welt zu tun zu haben.) Mit diesen zwei Kontakttriebreaktionen hängen vermutlich folgende klinische Erscheinungen zusammen: das Sich-Verkriechen unter die Bettdecken, das wochenlange apathische Liegen im Bett, das «In-die-Ecke-Stehen» usw. 3. Der Inzestwunsch entpuppt sich seltener in Form von =

$C = - 0$

Gibt ein Katatoniker irgendeine positive Kontakttriebreaktion, wie z. B. =
 so ist er schon über den Berg seiner Sperrungen, oder aber er gibt sie episodisch auf eine Weile auf. Natürlich stößt in dieser Phase die Testdiagnose auf erhebliche Schwierigkeiten.

X. Die *Sexualstörungen* melden sich bei Katatonen hauptsächlich als Quantumspannung, besonders in den Faktoren =

Zumeist ist das Sexualbild legiert, aber des Triebüberdrucks wegen doch anormal =

Gelegentlich zeitigen sie auch das Bild der sadistischen Unitendenz =

oder der Unfähigkeit zur Hingabe =

oder das Bild der Unitendenzgefahr durch Zärtlichkeitswünsche =

XI. Über die *Affektstörung* wurde die Unitendenz der aufgestauten groben Affekte bereits erwähnt, wie auch deren Gegensatz, die Beziehungsangst =

Neben diesen Affektbildern liefern Katatoniker noch Bilder der Panik =

des reinen Kains =

in der Remission und in der Übergangsphase zum Paranoiden oder vom Paranoiden zum Katatonen das Abelbild =

$$C = \begin{matrix} + - \\ + + \\ \pm + \end{matrix} \left. \vphantom{\begin{matrix} + - \\ + + \\ \pm + \end{matrix}} \right\}$$

$$s = +!! , b = +!$$

$$S = +! +!!!$$

$$S = 0 +!!$$

$$S = \pm +!!$$

$$S = + 0$$

$$\left\{ \begin{matrix} P = - 0 \\ P = 0 - \end{matrix} \right.$$

$$\left\{ \begin{matrix} P = - - \\ P = - + \end{matrix} \right.$$

$$P = - - -$$

$$P = - - +$$

$$P = + -$$

Das hier dargestellte experimentelle *katatone Syndrom* ist aber auch bei den *organischen Hirnkranken* (*Arteriosklerose* des Gehirns mit *Depression*, *Enzephalitis*), ferner bei *Epileptikern* und sogar bei *schweren Neurotikern* zu finden, bei denen eine *Sperrung im Ich* und im *Kontakt als Hauptsymptom des Krankheitsbildes* figuriert. Wir müssen demnach dieses Syndrom außerordentlich vorsichtig beurteilen und nicht leichtfertig die Diagnose Katatonie stellen, wo das katatone Syndrom vorkommt.

Mit diesem Syndrom wird ja im Grunde nur die triebhafte Anlage zur Sperrung sichtbar gemacht, nicht aber ihre Ursache. Bekanntlich können Sperrungen durch *organische* Störung des extrapyramidalen Nervensystems (z. B. bei *Enzephalitis*, bei *organischer Epilepsie*, *Hirnarteriosklerose* usw.) vorkommen. In *allen diesen Fällen zeitigt die Triebuntersuchung das katatoniforme Sperrungssyndrom der Steifheit als Störung des seelisch-motorischen Antriebes und des Tonus*. Das klinische Bild gewisser *Enzephalitiker* und *Hirnarteriosklerotiker* ähnelt oft der Katatonie. (Siehe Fall 23.)

Zur Demonstration des katatoniformen Sperrungssyndroms führen wir die Triebanalyse eines richtigen Katatonikers und die eines Falles von organischer, arteriosklerotischer Psychose an.

a) Psychische Sperrung

Fall 22. 45jähriger Mechaniker

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

Abb. 39 zeigt die 10 Triebprofile zu diesem Fall

Syndromanalyse

I. *Gegensatzanalyse der Triebstrebungen:*

1. Unitendenz der egosystolischen Verneinung im Ich, Profile 1, 3, 4, 5, 7 und 8, d. h. sechsmal in 10 Aufnahmen =

2. Unitendenz und Tritendenz im Affektleben:

a) Wutaufstauung, Profil 4 =

Profil 6, 7, 8 als Vorphase der Unitendenz =

b) sensitive Beziehungsangst, Profile 1, 9 =

Testologisch:

$$Sch = - 0$$

$$P = - 0$$

$$P = - \pm$$

$$P = 0 -$$

3. Negative Legierung im Kontaktleben; Kontaktsperre, Profile 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 =

II. *Triebklasse* biäqual =

Die für die Katatonie spezifische Triebklasse ist hier mit der Klasse der latenten Sadisten kombiniert. (Häufiger Befund bei Katatonikern in der aggressiven, agierenden Phase) =

III. *Triebformel* in abgekürzter Form =

IV. *Quantumspannungen* im Faktor *s* mit 18 Ausrufzeichen =

V. Besondere *Triebgefahren*: siehe Punkt I.

VI. *Die Mitte*:

1. Klassische katatonische Mitte
Profil 4 =
Profile 1, 9 (hypochondrisch) =
2. Präkatatonische Mitte, Profile 7, 8 =

VII. Das *katatoniforme Sperrungssyndrom*:

- a) Profil 4 (klassische Form) =
- b) Profile 7, 8 } (Variationen) =
- c) Profil 5 }

VIII. *Icbabwehrmechanismen*:

1. Negation, Verdrängung, Profile 1, 3, 4, 5, 7, 8 =
2. Hemmung, Profile 6, 9, 10 =
3. Totale Inflation, Profil 2 =

$$C = \frac{Ss^+}{7} ; \frac{Schk^-}{5}$$

$$\left\{ \begin{array}{l} Schk^- \\ Ss^+ \end{array} \right.$$

$$\frac{h \cdot 0}{s^+} \frac{p^0}{k^-}$$

$$s = +!!$$

<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	
—	0	—	0	
0	—	—	0(+)	
—	±	—	0	

<i>s</i>	<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
+	—	0	—	0	—	—
+!!	—	±	—	0	—	—
+!!!	—	—	—	0	—	—

$$Sch = — 0$$

$$Sch = — +$$

$$Sch = 0 +$$

Aus dieser Zusammenstellung wird ersichtlich, daß der Kranke die Besessenheit von Ambitendenzen auf dem Wege der Räumung des Wunschbewußtseins und durch die egosystemische Negation abwehrt. (Siehe später: Triebpsychologie der Katatonie.)

IX. Unter den *Kontaktstörungen* dominiert die *Kontaktsperre*. Profile 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10. Also achtmal in 10 Profilen = Die hypomanische Reaktion dagegen kommt nur einmal, im Profil 3, vor = die Vorphase der Hypomanie im Profil 1 =

X. Unter den *Sexualstörungen* dominiert:

1. die über alle Maßen gesteigerte Aggression =
Profil 5, 7, 8, 9 und 10 =
2. Die Liebesansprüche dagegen sind fünfmal in 10 Aufnahmen ambivalent, Profile 2, 4, 5, 7, 8 =
3. Zweimal gibt er die Reaktion des «Henkers mit dem Taubenherzen», also die Unitendenz der Sadisten, Profile 9, 10 =

Die Aggressionsgefahr ist demnach enorm groß.

XI. Die Analyse der *Affektstörungen*:

1. Wutauflauf dominiert, Profile 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 =
2. Wutausbruch, Profile 1, 9, 10 =
3. Besonders interessant ist die Ambivalenz in bezug auf das Exhibieren mit der Aggression: soll er oder soll er nicht seine Wut zeigen; Profile 6, 7, 8, 10 =
4. Einmal gibt er das Bild des reinen Kainanspruchs, Profil 3 = und einmal das Bild des exhibitionistischen Kains, Profil 4 =
5. Der Wunsch zu lamentieren ist ebenfalls nur einmal, im Profil 10, sichtbar =
6. die paranoide sensitive Beziehungsangst in den Profilen 1, 9 =

$$C = \frac{Ss^+}{7} ; \frac{Schk^-}{5}$$

$$C = 0 —$$

$$C = \pm —$$

$$s = +!!$$

$$s = +!!!$$

$$b = \pm$$

$$S = 0 +!!$$

$$0 +!!!$$

$$e = —$$

$$e = 0$$

$$P = — \pm$$

$$P = — +$$

$$P = — 0$$

$$P = 0 \pm$$

$$P = 0 —$$

Die ausgeprägte Anwesenheit des experimentellen katatoniformen Sperrungssyndroms, ferner die biäquale Klasse $Ss^+ Schk^-$ erleichtert uns in diesem Fall

Fall 22

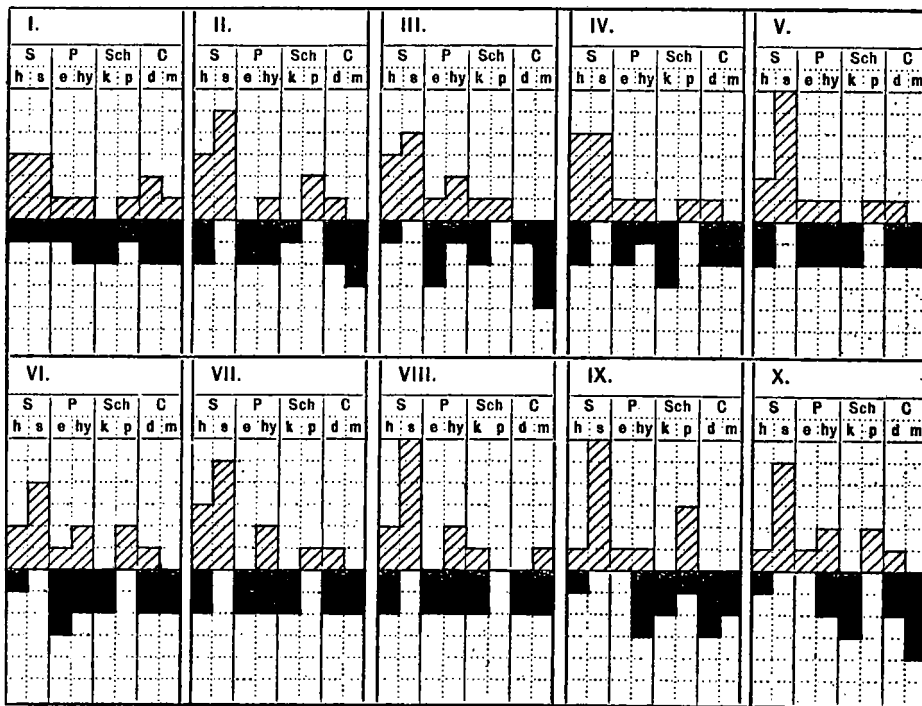
Alter: 45

Beruf: Mechaniker

Katatonie

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1946		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ				
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
14.III.	I.	+	+	0	-	-	0	\pm	-	2	1	3
	II.	\pm	+	-	-	0	+	-	-	1	1	2
	III.	+	+	-	+	-	0	0	-	2	0	2
	IV.	\pm	+	-	0	-	0	-	-	2	1	3
	V.	\pm	+	-	-	-	0	-	-	1	1	2
	VI.	+	+	-	\pm	-	+	-	-	0	1	1
	VII.	\pm	+	-	\pm	-	0	-	-	1	2	3
	VIII.	\pm	+	-	\pm	-	0	-	-	1	2	3
	IX.	0	+	0	-	-	+	-	-	2	0	2
	X.	0	+	0	\pm	-	+	-	-	2	1	3
	Σ 0	2	0	3	1	1	6	1	0	14		
	Σ \pm	5	0	0	4	0	0	1	0		10	
	T. sp. G.	7	0	3	5	1	6	2	0			24
	Latenzgrösse	S = .7		P = .2		Sch = .5		C = .2				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{14}{10} = 1.4$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$h_{\frac{1}{7}}^{\pm 0}; p_6^0; hy_{\frac{1}{5}}^{\pm 0};$
Submanifeste bzw. sublatente:	$e_{\bar{3}}^-; d_{\bar{2}}^-$
Wurzel-Faktoren:	$k_{\bar{1}}^-; s_0^+; m_0^-$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Ss^+}{7}; \frac{Schk^-}{5}; \frac{Pe^-}{3}; \frac{Cm^-}{2}$

4. Triebklasse:

Ss⁺ Schk⁻ biaequal

Abb. 39. Fall 22. Katatonie. 45jähriger Mechaniker

die Diagnose der Katatonie «blind» aufzustellen. Diese Diagnose wird durch die Krankengeschichte bestätigt.

Krankengeschichte

Vater ist Patient der gleichen Anstalt, er ist paranoid. Mutter leidet an religiösem Wahn. (Aus der Ehe zweier Paranoiden stammt also ein Katatoniker.) Großvater väterlicherseits habe lange das Essen verweigert und sei wegen Vermögensverlustes traurig gewesen. Bruder des Vaters Trinker. 22. 6. 1938 Aufnahme. Wird von vier Polizisten eingeliefert. Hat auf die Polizei eingeschlagen. Bei der Aufnahme *vollkommen mutistisch*. 22. 8. 1938: Bis heute mutistisch, unzugänglich, saß dauernd im Bett. 28. 11. 1938: Patient läuft herum, spielt hier und da Karten. 2. 1. 1939: Keine weitere Veränderung. 8. 10. 1939: Patient war äußerst schweigsam und ablehnend die letzte Zeit. Wurde auf sechs Monate zu seiner Mutter beurlaubt. 3. 8. 1941 zweite Aufnahme: Spricht nichts, nickt nur mit dem Kopf. 13. 8. 1941: Klagt über Störungen nicht innerhalb der Planeten, sondern innerhalb der Weltorganisation. 1941: Zustand völlig unverändert. Liest viel Zeitungen. Steht in einer Ecke. Er ist immer «überlastet», wenn man ihn nach seinem Befinden fragt. 5. 3. 1942: War beim Zahnarzt. Auf die Frage, was dieser gemacht habe: «Mehrere ältere Kapazitäten sind so umgegi, mehr so exterritorial». Dezember 1942: Zustand gleich. 1943: Zustand gleichbleibend. 12. 12. 1944: Steht den ganzen Tag in einer Ecke oder liest stundenlang an einem Fetzen Zeitung. Er ist immer «belastet.» Dezember 1945: Sein Vater befindet sich auf der gleichen Abteilung. Die Versetzung hat auf den Sohn gar keinen Eindruck gemacht. 11. 10. 1946: Der Vater konnte den Sohn dazu bewegen, Papierarbeiten zu machen. Seit Frühling an Sonntagen freien Ausgang. Antwortet immer mit «schwer belastet», wenn man sich nach seinem Ergehen erkundigt. Äußert hier und da eine Bitte oder einen Wunsch. Legt auf seine Kleider und auf sein Äußeres großen Wert. 20. 11. 1946: Bietet noch immer das Bild des Mutismus. Arbeitet bei seinem Vater auf dem Zimmer. *Diagnose: Katatonie.*

b) Organische Sperrung

Im nächsten Fall hat uns die Anwesenheit des katatoniformen Sperrungssyndroms Schwierigkeiten bereitet, sogar zu einer Fehldiagnose geführt.

Fall 23. 66jähriger Kaminfeger

(Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen)

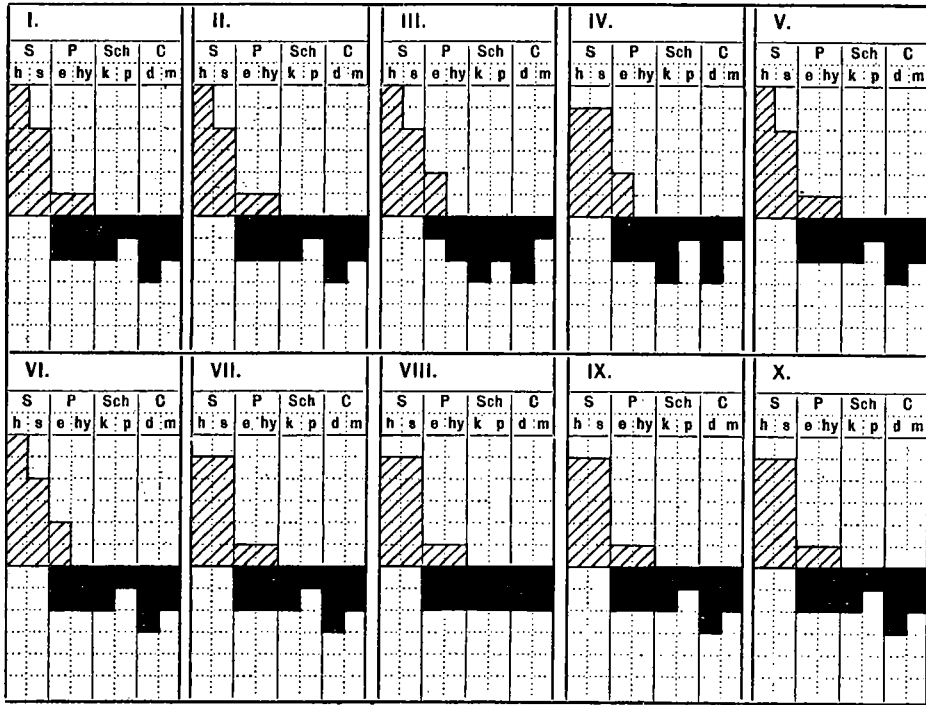
Der 66jährige Kaminfeger lieferte die in Abbildung 40 dargestellten zehn Triebprofile.

Syndromanalyse. Hier geben wir wörtlich den Befund, den wir der Klinik in diesem Fall mitgeteilt haben, um auch die Quellen der Fehldiagnose mit dem Test demonstrieren zu können.

A. Analyse der testologischen Syndrome

I. Das katatone Syndrom

1. *Klasse Schk⁻* (katatone Schizophrenie).
2. *Triebformel:* $\frac{p_8^0}{k_0}$ typisch für Katatone.
3. *Icbbild:* $Sch = -0$, also die Verdrängung dominiert (8:10).
4. *Kontaktsperre:* $C = - -$ (achtmal).
5. *Sexualbild:* $S = +!! +!!$.
6. *Quantumspannung* im Sexus, also im Faktor b und s (40!).
7. Die *Monotonie* in der Zehnerserie.



1949		S	P	Sch	C	Σ	$\Sigma \pm$	$\Sigma \pm$
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
1.VIII	I.	+III +I	- -	- 0	- -	1	0	1
	II.	+III +I	- -	- 0	- -	1	0	1
	III.	+III +I	+ -	- -	- -	0	1	0
	IV.	+II +II	\pm -	- 0	- 0	2	1	3
	V.	+III +I	- -	- 0	- -	1	0	1
	VI.	+III +I	\pm -	- 0	- -	1	1	2
	VII.	+II +II	- -	- 0	- -	1	0	1
	VIII.	+II +II	- -	- -	- -	0	0	0
	IX.	+II +II	- -	- 0	- -	1	0	1
10.VIII	X.	+II +II	- -	- 0	- -	1	0	1
	Σ 0	0 0	0 0	0 8	0 2	10		
	Σ \pm	0 0	2 0	0 0	0 0		2	
	T. sp. G.	0 0	2 0	0 8	0 2			12
	Latenzgrösse	S = 0.	P = 2	Sch = 8	C = 2			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{10}{2} = 5.0$

2. Triebformel:

Symptomatische:	P_8^0
Submanifeste bzw. sublatente:	$m_2^{-0}; e_2^{-+}$
Wurzel-Faktoren:	$k_0^-; h_0^+; s_0^+; hy_0^-; d_0^-$

3. Latenzproportionen:

Schk- : Cd- : Phy- : S
8 : 2 : 2 : 0

4. Triebklasse:

Schk- triaequal

Abb. 40. Fall 23. Endogene Depression bei Cerebrosklerose. Organische Sperrung, 66jähriger Kaminfeger

II. Aggressionssyndrom

1. $s = +!$

2. Das «Mörder-E»-Symptom: $-e, -k, -m$ gibt er in den Profilen 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10.

B. Differentialdiagnose

I. Gegen eine zirkuläre Manie spricht a) das Fehlen der Reaktion $C = 0 -$; b) die vielen $Sch = -0$ -Verdrängungsbilder; c) die Klasse $Schk^-$ (bei Manie ist die Triebklasse Cm^-).

II. Die Monotonie kann auch bei Enzephalitis¹ und Süchtigkeit vorkommen. Die Differentialdiagnose von Enzephalitis ist noch nicht ausgearbeitet.

Gegen reine Süchtigkeit spricht:

1. die Triebklasse $Schk^-$; bei Süchtigen ist die Klasse Cm^{-+}, Cd^+ häufiger, obzwar auch $Schk^-$ triäqual vorkommen kann, aber dann ist stets Verdacht auf eine endogene Schizoidie (wie in diesem Fall).

2. Süchtige geben in der Triebformel viele Symptomfaktoren; hier gibt es nur den Faktor p^0 als Symptomfaktor.

3. Bei Süchtigen ist die Mitte: $by = 0, k = 0$ häufig, hier haben wir zehnmal $by = -, k = -$.

4. Bei Süchtigen ist das Verdrängungs-Ich ($Sch = -0$) selten; hingegen sind das Ichbild der Verlassenheit ($Sch = 0 \pm$), ferner das Zwangs-Ich ($Sch = \pm 0$) und das desintegrierte Ich ($Sch = 0 0$) häufig.

5. Süchtige können auch das Sexbild $S = +!! +!!$ geben, aber dann sind sie zumeist delirierende, manische Trinker.

6. Süchtige geben im Kontakt: $C = \pm +, + \pm-, C = 0 --, C = \pm -$ Bilder und nicht $C = - -$.

7. Süchtige geben zumeist $P = 0 -, 0 \pm, 0 +-$ -oder $P = - +! -!! 0, - \pm$ -Affektbilder ($P = - -$ kommt zwar auch vor, aber seltener).

8. Für Suchtkrankheit ist testologisch typisch: $e = 0, d = 0$, also das Symptom der Haltlosigkeit; hier ist $e = -, d = -$.

Auf Grund der Syndromanalyse ist die wahrscheinlichste Diagnose: Katanie, *Spätschizophrenie* mit Anlage zu Aggression. (Falls der Kranke auch süchtig wäre, so müßten wir an eine Kombination von Sucht mit einer schizoformen Erkrankung denken.)

Die *Epikrise* in diesem Fall stellte die Klinik wie folgt dar:

Patient war bereits vom 4. 3. bis 10. 4. 1949 wegen einer *endogenen Depression bei Zerebralsklerose in unserer klinischen Behandlung*. Nach seiner Heimkehr wurde er bald wieder untrübig, unruhig und geriet Ende Juli 1949 erneut in eine depressive Phase, als er erfuhr, daß er seinen früheren Arbeitsbezirk als Schornsteinfeger nicht mehr bekommen würde. Körperlich und neurologisch kein pathologischer Befund. Die Zuwendung war anfangs mäßig, der Rapport ordentlich. Die Psychomotorik spärlich und stark verlangsamt, abgerundet. *Grundeinstellung war weinerlich, ängstlich und verzweifelt. Inhaltlich bot er Versündigungs-, Verarmungs-, Schuld- und Suizidideen und Selbstwürfe. Es handelte sich um die zweite Phase einer endogenen Depression bei Hirnarteriosklerose.* Wir behandelten B. mit steigenden Pyridosin, mehreren E-Schocks, Sympatol und einer Gefäßmittelkur. Das psychische Zustandsbild hellte sich im Laufe der Behandlung gut auf, und Patient distanzierte sich völlig von seinen pathologischen Inhalten.

Die experimentelle Triebdiagnose war demnach falsch. Nun interessiert uns aber die Analyse dieser Fehldiagnose. Wir haben in diesem Fall in dem der Klinik mitgeteilten Befund eine *organische Hirnerkrankung (Enzephalitis)* für

¹ Im allgemeinen können wir sagen bei *organischen* Erkrankungen des extrapyramidalen Nervensystems.

möglich gehalten, betonten aber, daß wir derzeit noch keine testologische Differentialdiagnose zwischen Katatonie und organisch bedingter Starrheit durchführen können. Es fehlen uns noch die experimentellen Testverfahren bei organischen Erkrankungen.

Wir dachten an eine Form der Spätschizophrenie im Sinne von E. BLEULER. BLEULER rechnet zu den sogenannten präsenilen Psychosen 1. die seltenen subakuten Hirndegenerationen, 2. die melancholischen Zustände verschiedenen Aussehens und 3. die *ziemlich häufigen paranoiden und katatonieartigen Formen*, die ersteren mehr chronisch, die letzteren mehr schubweise verlaufend, aber im ganzen mit schlimmer Prognose. Dem Wesen nach hält E. BLEULER diese präsenilen Psychosen nur zu einem Teil von organischem Charakter, sie werden leicht durch organische Prozesse kompliziert. Einen Teil der paranoiden und katatonartigen präsenilen Psychosen rechnet E. BLEULER in die Kategorie der Spätschizophrenen.

Auf Grund der Testergebnisse dachten wir an eine Spätschizophrenie. Das heißt, wir nahmen an, daß vielleicht organische Momente – wir dachten an Enzephalitis und nicht an Arteriosklerose – das latente Katatonoide in den Vordergrund gestellt haben. Wir sind der Meinung, daß organische Hirnerkrankungen wie Syphilis, Arteriosklerose des Gehirns nur solche psychopathologische Symptome hervorrufen können, die in der Person auf Grund der Erbanlage von Geburt an latent vorhanden sind. Aus der Epikrise der Klinik sehen wir aber, daß in diesem Fall ein endogenes, manisch-depressives und kein katatonieartiges Syndrom im präsenilen Krankheitsbild dominiert. Wenn wir aber nicht die Epikrise, sondern die Krankengeschichte mit der testologischen Syndromanalyse vergleichen, dann fällt auf, daß bei diesem depressiven Kranken die *starre Haltung und das Verbarren in seinem Schweigen*, also Symptome, die wir zu dem katatoniformen Sperrungssyndrom rechnen, *mehrmals in der Krankengeschichte vermerkt wurden*. So nach dem Auszug der Krankengeschichte Nr. 199, S. 8 (zweite Aufnahme): «Er steht jedoch meist in starrer Haltung an seinem Bett und hängt seinen depressiven Gedanken nach.» S. 9: «Der Patient verharret eigentlich mehr oder weniger in seinem Schweigen. Wird er angesprochen, so weint er, so daß eine Exploration nicht möglich ist.»

Wir rechnen den Mutismus ($m = -$), die Beharrungstendenz ($d = -$), die starre Haltung, ja sogar die Versündigungs-, Verarmungs- und Schuldideen der Melancholiker nicht zum zirkulären Kontakt-Erkrankungskreis, sondern zum schizoformen. (Näheres siehe im selben Kapitel IV, 3.)

Noch ein Vermerk in der Krankengeschichte spricht unserem Dafürhalten nach eher für eine schizoforme als eine rein zirkuläre Depression. S. 5. Auf die Frage des Arztes: «Haben Sie Selbstmordgedanken?» antwortet der Patient: «Ja, aber nicht allein!» *Seine Familie würde er auf alle Fälle mitnehmen!*

Im Befund der experimentellen Syndromanalyse haben wir das «Mörder-E» als Aggressionssyndrom hervorgehoben. Im Profil VIII gibt Patient das Syndrom des «irrealen Blocks» $e = -$, $hy = -$, $k = -$, $p = -$, $d = -$, $m = -$, dies spricht auch für Selbstmordgedanken. Die allgemeine klinische Erfahrung zeigt aber, daß endogene, rein zirkuläre Melancholiker oft suizid werden, aber *sie entschließen sich fast nie zur Ausrottung der Familie. Dies kommt eher bei Schizophrenen vor*. Wir schließen die Analyse dieser Fehldiagnose auf Grund des Triebtestes mit der Vermutung, daß die endogene Depression bei diesem organischen Hirnkranken doch mit schizoformen, katatonieartigen Zügen einer präsenilen Psychose «verunreinigt» war.

C. Experimentelle Syndromatik der Hebephrenie und des Heboiden

Das klinische Bild der Hebephrenie ist bekanntlich sehr bunt und veränderlich. Der gleiche Kranke kann einmal manisch, einmal depressiv, einmal paranoid aufgeblasen, ein andermal hypochondrisch, gesperrt oder läppisch verblödet erscheinen. Der Kliniker hat eben deswegen zumeist ein unbehagliches Gefühl, wenn er die Diagnose Hebephrenie zu stellen wagt, denn er ist sich dessen bewußt, daß einige seiner Kollegen diese Diagnose einfach auf schizophrenes oder maniformes Paranoid, maniforme oder depressive Schizophrenie, Psychopathie oder sogar auf Enzephalitis umändern könnten. Auf Grund der experimentellen Analysen scheinen für die Hebephrenie folgende Symptome ausschlaggebend zu sein:

1. Das *Theatralische, Pathetische, Ekstatische* im Benehmen.

Dieses Verhalten wird experimentell durch die Klasse Phy^- oder seltener Phy^+ , also durch den *unstillbaren Geltungs- und Exhibitionsdrang* dieser Kranken triebpsychologisch verständlich.

2. Die *Sprunghaftigkeit*, die besonders von CARL SCHNEIDER betont wurde, hängt ebenfalls mit der Paroxysmalität der Hebephrenen zusammen ($e = 0, hy = -$).

3. Die bunte, *irreale Phantasiewelt*, die *Lügenhaftigkeit*, die *Pseudologia phantastica* (Mythomanie) sind alles Folgen der über alle Maßen gesteigerten Funktion des Faktors hy ($hy = -!$).

4. Die *Leib- oder Organhalluzinationen*, die nach CARL SCHNEIDER dem hebephrenen Symptomenverband angehören, sind den experimentellen Ergebnissen nach ebenfalls pathognostisch. Es wurde experimentell festgestellt, daß die Organhalluzinationen triebpsychologisch eine ganz besondere Form des hypochondrischen Syndroms darstellen, nämlich die sogenannte *projektive Form des hypochondrischen Syndroms*. *Sein Wesen sehen wir in der Projektion des hypochondrischen Organs*. In der «Experimentellen Triebdiagnostik» haben wir das einfache hypochondrische Syndrom der Neurotiker als Folge der Schuld- und Strafangst aufgefaßt. (S. 91, Abb. 26.)

1. Schuld- und Strafangst =
2. Schuldbewußtsein mit Gutmachenwollen =

Die Hypochondrie als vollständiges Syndrom wurde testologisch wie folgt gekennzeichnet =

1. In der Mitte steht also die Schuld- und Strafangst =

2. am Rande dagegen Lust- und Lebensbejahung =
(Näheres über das hypochondrische Syndrom siehe später.)

Bei den hebephrenen Leibhalluzinationen finden wir im Experiment zumeist das hypochondrische Syndrom etwas abgeändert:

In der Mitte des Profils steht =

Das will sagen:

1. Die Schuld- und Strafangst ist da =
sic wird aber hinausverlegt =

e	hy	k	p
0	—	—	0
+	—	—	+
S	P	Sch	C
++	0—	—0	++

Phy^-	Sch
0	—
—	0
S	C
+	+
+	+

e	hy	k	p
0	—!	—!	—
—	hy	k	—
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—

Die Person projiziert also ihre Schuld- und Strafangst, und zwar nicht auf irgendeine Außenperson, sondern auf ein Organ des eigenen Leibes. Dieses hypochondrisch besetzte Organ wird vom Subjekt abgetrennt und in die Außenwelt hinausverlegt,

d. h. objektiviert. Der Kranke beobachtet und beschreibt die in diesem Organ hinausverlegten Prozesse, als ob es sich um ein sichtbares Außenwelterlebnis handeln würde. Der Kranke stellt in theatralisch-pathetischer Form Vorgänge dar, wie das «Absterben», «Verfaulen» seiner Organe, oft seiner Genitalien, als ob er diese Organe wie ein Pathologanatom beim Sezieren untersuchen würde. Der Projektionsvorgang ($p = -$) bei dem Zustandekommen von Leibhalluzinationen ist also ein doppelter.

Erstens werden in ein Organ seelische Vorgänge, im Sinne von HEYER¹, hineinverlegt; zweitens wird dieses Organ aus dem eigenen Körper hinausverlegt und objektiviert (FREUD, P. SCHILDER).

2. Die Schuld- und Strafangst ist bei den Leibhalluzinationen übermäßig groß; beide Faktoren, hy und k , sind mit Quantumspannungen belegt =

$$\frac{hy}{-!} \quad \frac{k}{-!}$$

Triebpsychologisch bedeutet dieser Triebüberdruck im Faktor hy^- :

1. die unterdrückte Lust, sich zur Schau zu tragen, stets auf der Bühne zu verweilen, einfach schauspielern. Vermutlich wird die sexuelle Lust zu exhibieren durch die theatralischen Leibhalluzinationen ersetzt.

2. Eine irrealer Phantasiewelt zeigt sich im Test ebenfalls in der Reaktion hy^- . Sie wird der Quell der *Lügenhaftigkeit*, der *Pseudologia phantastica*, der Mythomanie bei den Hebephrenen.

Der Triebüberdruck im Faktor k^- weist 1. auf die pathologisch starke Verneinung des gefahrbringenden Anspruches hin. (Vermutlich wird der Drang zu exhibieren verneint.)

2. $k = -!$, $p = -$ oder $k = -!$, $p = -!$ ist ein Gefahrensignal maximaler Dringlichkeit. Der Person genügt nicht die einfache Verneinung ($k = -$), sie muß das Bedürfnis gleichzeitig auch projizieren ($p = -$). Wir wissen, daß die Person das gefahrbringende Bedürfnis – vermutlich den Exhibitionismus – zu meist mit der Homosexualität zusammen in irgendein Organ hineinverlegt und dann dieses Organ von sich abtrennt, objektiviert.

Auf Grund der experimentellen Triebforschung *vermuten* wir, daß die Leibhalluzinationen, als Ersatzbildungen des sexuellen Exhibitionsdranges, das *Exhibieren mit den projizierten hypochondrischen Organen* darstellen, die anstelle des sexuellen Exhibierens treten.

Die hebephrene Mitte gestaltet sich demnach in folgender Weise:

P	Sch	
0 —!	—! —	Projektion der Schuld- und Strafangst
0 —	—! —!	Projektion der Schuld- und Strafangst
0 —!	—! 0	Verdrängung der Schuld- und Strafangst
0 —!	— ±	Entfremdung der Schuld- und Strafangst
— —	— —!	Die panische Schuldangst wird projiziert (Anlage zu Kriminalität).

Wenn man also die Frage stellt: Woher diese Unmenge von Schuld- und Strafangst bei den Hebephrenen?, so ist die Antwort der Triebforschung die: Die Schuld- und Strafangst wird durch die verpönten Sexualansprüche, besonders durch die Verdrängung des sexuellen Exhibitionsdranges und der Homosexualität, bedingt. Für diese Behauptung sprechen erstens die Fälle, bei denen im Anbeginn der Erkrankung im Test das homosexuelle Syndrom noch leicht abzulesen ist, zum Beispiel:

¹ HEYER, G. R.: Der Organismus der Seele. München 1932.

	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Seb</i>		<i>C</i>	
	<i>b</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
1. W. K., 35jähriger Hilfsarbeiter. Profile 4, 6 = (<i>s</i> = —, <i>hy</i> = —, <i>p</i> = —, <i>d</i> = +, <i>m</i> = +) Homosexueller Psychopath mit Beziehungsideen	+	!! —	0	—	—	—	+	+
			Homosexualität					
2. M. A., 34jähriger Zuschneider. Maniforme Hebephrenie. Gibt die weibliche Mitte. Profile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 =	±	+	!!					
			0	—	0	±	—	0
			feminine Mitte				0	—
3. B. R., 34jährige Sekretärin. Diagnose: chronische Hebephrenie; gibt das männliche Ich mit dem Kain in der Mitte; am Rande Aggression; <i>s</i> = 0. Profile 3, 4 =	+	0	0	+	±	0	±	—!!
	+	0	—	+	±	0	±	—!!
			männliche Mitte					

Zweitens finden wir in der Anamnese der Hebephrenen nicht selten in der Tat die Homosexualität vermerkt. So betont E. BLEULER¹ bei einer hypochondrischen Hebephrenin, die am Bruder hängen geblieben ist, «die starke homosexuelle Komponente». Die Beziehung des Paranoiden zur Homosexualität hat S. FREUD als erster festgestellt. Im Fall 24 (aus der Anstalt Solothurn, Direktor: Dr. Briner) waren der Patient und ein mütterlicher Onkel homosexuell veranlagt. In den meisten Fällen aber wird die Verdrängung und Hinausverlegung der Homosexualität oder des Exhibitionismus in Form einer Organhalluzination oder einer Organpsychose (H. MENG)² nur mit Hilfe des *Triebtestes* aufgedeckt.

Drittens ist die Triebklasse *Phy*⁻ bekanntlich die Klasse der latenten Homosexuellen, insbesondere *die der Exhibitionisten*, aber auch Paranoide können dieser Klasse zugehören. (Vgl. «Experimentelle Triebdiagnostik», S. 75 und 230.)

Es kann kein Zufall sein, daß eben die Paranoide und Hebephrenen mit den Homosexuellen und den Exhibitionisten in derselben Triebklasse figurieren.

Viertens findet man in Fällen von schwer verblödeten Hebephrenen merkwürdige Wahnbildungen, in denen *bisexuelle* oder *homosexuelle* Ansprüche eingebaut wurden. Ein 33jähriger Hebephrener behauptet z. B., daß seine rechte Seite die Frau, die linke der Mann wäre. Derselbe Kranke äußerte den Wunsch, er möchte Damenunterhosen haben, denn «ein Mann als Partner wäre auch nicht schlecht».

Am Schluß dieses Kapitels werden wir die Unterschiede in bezug auf die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten (Mann-Weib) zwischen den Paranoiden und Heboiden triebpsychologisch aufzuklären versuchen. Hier stellen wir die experimentellen Symptome der Hebephrenie dar:

I. *Gegensatzanalyse:*

Testologisch:

1. Unitendenz des Dranges, sich zu verbergen; Unterdrückung des Wunsches, sich zur Schau zu tragen, zu exhibieren =

$P = 0 - !$

¹ BLEULER E.: Lehrbuch der Psychiatric. 7. Aufl. Umgearbeitet von MANFRED BLEULER. Springer, Berlin 1943. S. 321.

² MENG, H.: a) Das Problem der Organpsychose. Int. Ztschr. f. Psa. 1934, H. 4. b) Organische Erkrankungen als Organpsychose. Schweiz. Ztschr. f. N. u. Ps. 1935. c) Organpsychosen. Hippokrates. 21. Jg. 1950. S. 424.

2. Oft auch Unitendenz oder Tritendenz des Abtrennungswunsches von der Welt =

$$C = 0 \text{ ---} \\ \pm \text{ ---!!} \\ + \pm$$

3. Negative Legierung im Ich mit Triebüberdruck oft in beiden Ichfunktionen =

$$k = -! \quad p = -!$$

4. Positive Legierung im Sexus mit außergewöhnlich hohem Triebüberdruck in den Faktoren =

$$s = +!! \quad b = +!$$

II. *Triebklasse* zumist bi- oder triäqual; wichtig ist, daß eine dieser Klassen *Phy-* sei, die auch in inäqualer Form vorkommen kann. So geben:

1. *maniforme Hebephrene* die Triebklasse = seltener =
2. *depressive Hebephrene* =
3. *agitierende Hebephrene* =
4. *paranoid-balluzinatorische Hebephrene* =
5. *Homosexuelle* =
6. *klassische Hebephrene* =

$$Cm^- \text{ } Phy^- \\ Cm^- \text{ } Schp^- \text{ } Phy^- \\ Cd^+ \text{ } Phy^- \\ Ss^+ \text{ } Phy^- \\ Phy^- \text{ } Schp^- \\ Phy^- \text{ } Sb^+ \\ Phy^- \text{ } inäqual$$

In einigen schweren Fällen von Hebephrenie sind die triäqualen Triebgefahren mit niederen Latenzgrößen zu finden, da die Person die gefahrbringenden Triebansprüche alle in Symptome konvertiert.

Ist die *manische* Phase sehr im Vordergrund, so kann die *Phy-*-Gefahr vorübergehend zurücktreten, und der Kranke gehört einer fast inäqualen *Cm-*-Triebklasse an.

III. In der *Triebformel* der Hebephrenen sind die größten Spannungen bei:

1. Organhalluzination mit *paranoiden* Wahndeen =
2. *maniformen* Hebephrenen =
3. *depressiven* Hebephrenen =
4. *agitierenden* Hebephrenen =

$$\frac{e^0}{by^-}; \frac{k^0}{p^-} \\ \frac{e^0}{by^-} \quad \frac{d^{0,\pm}}{m^-} \\ \frac{e^0}{by^-} \quad \frac{m^{0,\pm}}{d+} \\ \frac{e^0}{by^-} \quad \frac{h^{0,\pm}}{s+!!}$$

IV. Die besonderen *Triebgefahren* wurden bereits bei der Gegensatzanalyse vermerkt.

V. *Triebüberdruck* in den Faktoren =

$$by = -! \\ k = -! \\ p = -! \\ \text{besonders} \\ s = +!! \text{, evtl.} \\ b = +! \text{ und} \\ m = -!!$$

Bei Hebephrenen fällt die *Unmenge von Quantumspannungen* auf. Sie sind im Test ein Signal der Unruhe. Wir vermerken oft 40-50 und noch mehr Ausrufzeichen in einer Zehnerserie. Ein 17jähriger hebephrener Mörder gab 52 Ausrufzeichen.

VI. *Die hebephrene Mitte:*

1. Projektion der Schuld- und Strafangst in das hypochondrisch-narzisstisch besetzte Organ =
2. Antisoziale Mitte =

e	hy	k	p
0	-!	-!	-
0	-	-	-!!
0	-!	-!	±
+	-!	-!	-
0	-!!	-!	0
-	-!	-!	-

VII. *Der hebephrene Faktorenverband* besteht aus folgenden Teilreaktionen:

1. projizierter (in die Organe hineinverlegter) Schuld- und Strafangst (Hypochondrie) =
2. aufgestauter Aggression =
3. *Kontaktstörung* =

P	Sch
0	-!
	-!
	-
	s = +!!
C = 00	}
0-	

Das leitende Motiv ist aber stets die Mitte, also die projektive Hypochondrie, die Organhalluzination =

$$\left. \begin{array}{l} Sch = - - ! \\ P = 0 - \\ - - ! \end{array} \right\}$$

	1	2	3	4	5	6	7
Das vollkommene hebephrene Syndrom ist also =	+!!	0	-!	-!	-!	-	-
	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
						0	0

VIII. Besondere Abwehrtechnik:

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Übermäßige Verneinung kombiniert mit Projektion = | $k = -!, p = -!$ |
| 2. Seltener Verdrängung mit Überdruck = | $Sch = -! 0$ |
| 3. Noch seltener totale Projektion = | $Sch = 0 -!$ |
| 4. Im Anfangsstadium Isolierung mit Zwang; beim Mann =
bei der Frau = | $Sch = 0 \pm$
$Sch = \pm 0$ |

IX. Art der Kontaktstörungen:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Völlige Auflösung (Desintegration) der Bindung an die Welt = | $C = 0 0$ |
| 2. Hypomanische Reaktion = | $C = 0 -$ |
| 3. Irreale Bindung an die Welt = | $C = - -$ |
| 4. Vorphase der Hypomanie = | $C = \pm -!!$ |
| 5. Biobjektive Bindung bei Homosexuellen = | $C = + +!$
$\pm +$ |
| 6. Depressive Bindung = | $C = + \pm$ |

X. Art der Sexualstörungen:

- | | |
|---|---|
| 1. Aufstauung der Sexualität über alle Maßen: | |
| a) Überdruck in der aggressiven Komponente oder in beiden = | $\left\{ \begin{array}{l} S = + +!! \\ S = +!! +!! \\ S = +!!! +!!! \\ S = +!! 0 \end{array} \right.$ |
| b) Überdruck nur in Zärtlichkeit = | $S = +!! -$ |
| 2. Triebzielinversion, Mann =
Frau = | $S = - +$
$0 +$ |

XI. Art der Affektstörungen:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Die Unterdrückung des Exhibitionsdranges dominiert =
(Irreale Phantasiewelt, Lügenhaftigkeit, Ersatz des Exhibitionsdranges auf dem Wege der Organhalluzinationen.) | $P = 0 -!$ |
| 2. Seltener Bejahung des Exhibitionsdranges, besonders bei Frauen = | $P = 0 +$ |
| 3. Schuld- und Strafangst = | $P = + -!$
$\pm -$ |

Die experimentelle Diagnose fußt stets 1. auf der besonderen Art der Mitte und 2. auf der Phy-Triebgefahr in der Klassenbestimmung.

Fall 24. 52jähriger Schlosser

(Insasse der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

Patient lieferte die in Abbildung 41 dargestellten zehn Triebprofile.

Syndromanalyse

Wir heben nur die Symptome hervor, die auf die Diagnose Hebephrenie hinweisen:

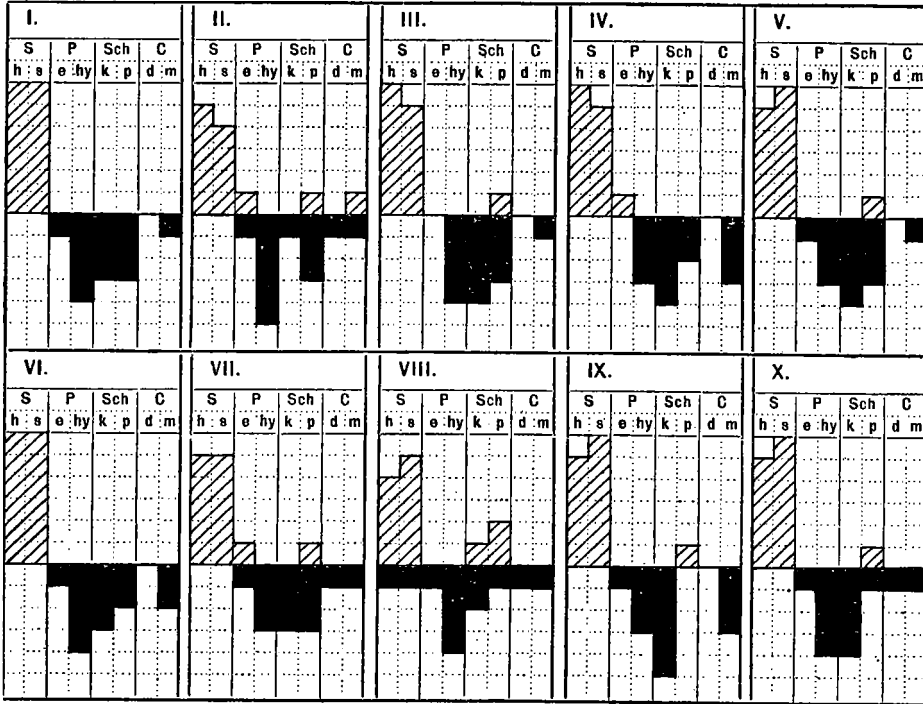
1. Triebklasse =
2. Triebformel =

Testologisch:

$$\begin{array}{r} Phy- \\ e_{10}^0 \\ \hline by_0 \end{array}$$

Heboide - paranoide
Schizophrenie

Szondi-Test
Blatt mit zehn Triebprofilen



1946	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
I.	+III+III	0 -!	- -	0 0	3	0	3
II.	+II+!	0 -!!	0 -	0 0	4	0	4
III.	+III+!!	0 -!	-!	0 0	3	0	3
IV.	+II+II	0 -	-!	0 -	2	0	2
V.	+II+III	0 -	-!	0 0	3	0	3
VI.	+III+III	0 -!	-	0 -	2	0	2
VII.	+II+II	0 -	-	0 0	3	0	3
VIII.	+!+!!	0 -!	-+	0 0	3	0	3
IX.	+II+III	0 -	-!!	0 0	3	0	3
X.	+II+III	0 -!	-!	0 0	4	0	4
Σ 0	0 0	10 0	1 2	10 7	30		
Σ \pm	0 0	0 0	0 0	0 0		0	
T. sp. G.	0 0	10 0	1 2	10 7			30
Latenzgrösse	S = 0.	P = 10	Sch = 1.	C = 3.			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{30}{0} = \infty$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$e_{10}^0; d_{10}^0; m_7^0;$
Submanifeste bzw. sublatente:	$p_2^-; k_1^-;$
Wurzel-Faktoren:	$hy_0^{-!}; h_0^{+!}; s_0^{+!}$

3. Latenzproportionen:

Phy-: $\frac{Cm-}{3}$: $\frac{Schk-}{1}$: $\frac{S}{0}$

4. Triebklasse:

Phy- triaequal

Abb. 41. Fall 24. Depressive, heboide, paranoide Schizophrenie. 52-jähriger Schlosser

3. *Triebüberdruck* außerordentlich hoch,

a) im Sexus insgesamt: 45!

davon im Faktor *b* =

im Faktor *s* =

b) im Faktor *hy* =

c) im Faktor *k* =

Insgesamt =

$$\begin{aligned} \Sigma b &= +! = 22 \\ \Sigma s &= +! = 24 \\ \Sigma hy &= -! = 7 \\ \Sigma k &= -! = 6 \\ & \hline & 59 \end{aligned}$$

4. a) Das *klassische hebephrene Syndrom* der projektiven Hypochondrie gibt der Kranke in den Profilen 1, 3, 4, 5, 6, 7 =

b) Variation mit der reinen Verdrängung in zwei Profilen, 9, 10 =

c) Variation mit reiner Projektion einmal im Profil 2 =

	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
+	!!	0	-!	-!	-
+	!!	0	-	-!	0
+	!!!	0	-!	-!	0
+	!	0	-!!	0	-

Diese Gestaltung der experimentellen Symptome spricht für eine hebephrene und nicht für eine rein paranoide Schizophrenie.

5. Die *Art der Kontaktstörung*: siebenmal totale Desintegration des Kontaktes mit der Welt, ferner die hypomanische Reaktion in den Profilen 4, 6, 9 verstärken die obige Diagnose =

$$\begin{aligned} C &= 0 \ 0 \\ C &= 0 \ - \end{aligned}$$

6. Auffallend ist, daß der Kranke keine einzige ambivalente Reaktion lieferte =

$$\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{31}{0} = \infty$$

Die Tendenzspannung ist daher unendlich. Daher die enorme Unruhe.

Auf Grund des Testes müssen wir eine *hebephrene Form der Schizophrenie* annehmen mit besonderer Schuld- und Strafangst, mit hypochondrischen, organ-halluzinatorischen Symptomen. Dies bestätigt die Krankengeschichte:

Vater starb 57jährig an Diabete. Geschwister des Vaters: 8. *Einer* davon war, *wie der Patient selbst, homosexuell veranlagt*. Mutter gesund, starb 76jährig an Wassersucht. Vater der Mutter Trinker. Geschwister der Mutter über 90 Jahre alt geworden. Ein Bruder des Vaters war in der Irrenanstalt. 10. 11. 1944 Aufnahme: Suizidgefahr bei depressivem Paranoid: Der Patient ist ruhig, sehr depressiv. Er erzählt, daß er seit seiner Internierung in M. vor einigen Jahren *nie mehr richtig gelebt habe, er sei wie abgestorben, dabei weint er affektlos*. An der Hand sind Spuren eines kürzlichen Suizidversuches. Er beklagt sich, er sei fürchtbar schlecht. 26. 11. 1944: *Der Patient verlangt sofort den Pater zu sprechen. Er könne nicht mehr warten, sonst sei er schon gestorben*. Der Patient war schon mit 20 Jahren in einer Anstalt, habe dann aber keinen Rückfall mehr bekommen. *Er macht sich Sorgen wegen der Onanie und meint, er sei innerlich ganz verfault*. 25. 1. 1946: Elektroschock. Erzählt, er habe seine Seele verloren. *Er habe immer sündigen müssen*. 15. 2. 1946: Elektroschock ohne Erfolg beendet. 30. 4. 1946: Patient erzählt, *er sei in der Hölle*. Zugleich ist er beängstigt und glaubt, er müsse aus der Anstalt. 28. 9. 1946: *Glaubt, der Teufel hätte ihn am Kragen gepackt*.

Diagnose: Depressives Paranoid.

Die klinische Diagnose wird auf Grund des Testes in der Richtung einer hebephrenen Form der Schizophrenie gestellt. Dafür sprechen im klinischen Bilde:

1. die Art der hypochondrischen Wahnideen;
2. die pathetisch-theatralische Art, wie er den Pater ruft, wie er über die Hölle, über das Verlieren seiner Seele spricht;
3. die zirkuläre (depressiv-manische) Färbung.

Die homosexuelle Anlage ist auch für das Paranoide bezeichnend. (FREUD.)

Fall 25. 34jähriger Zuschneider

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

Abb. 42 stellt die 10 Triebprofile mit der Tendenzspannungstabelle dar.

Syndromanalyse

Für die *maniforme Hebephrenie* sprechen:

Testologisch:

I. Die triäquale *Triebklasse*:

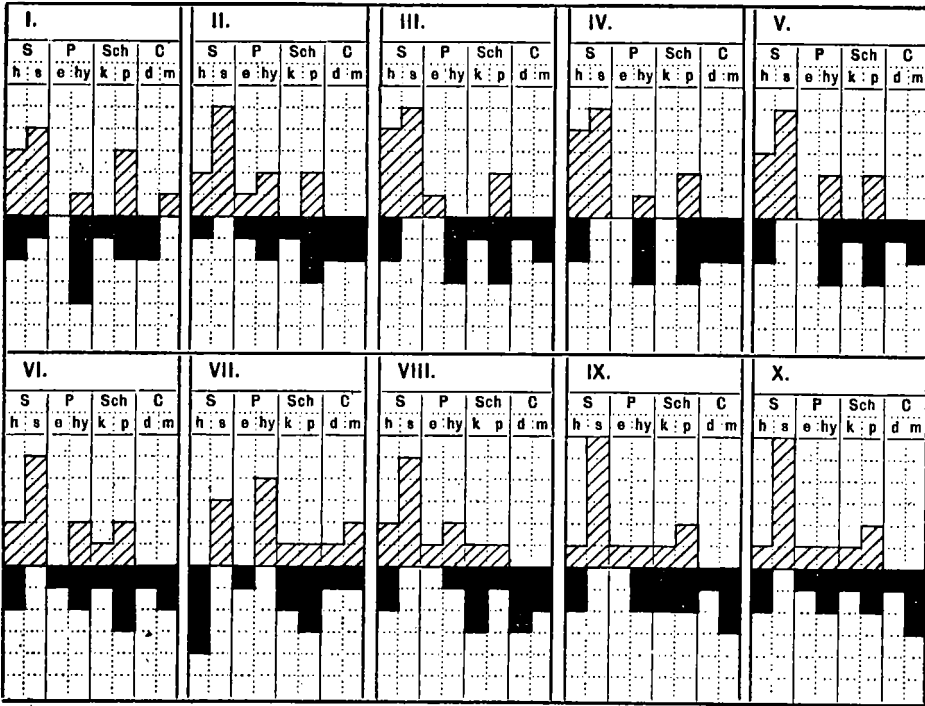
1. Klasse der latenten Exhibitionisten =

$$\frac{Phy-}{7}$$

Maniforme Hebephrenie

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1946		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
25.IX.	I.	\pm +!	0 -!	0 \pm	- 0	3	2	5
	II.	+ +!!	0 \pm	0 \pm	- -	2	2	4
	III.	\pm ! +!!	0 -	0 \pm	0 -	3	2	5
	IV.	\pm ! +!!	0 -	0 \pm	- -	2	2	4
	V.	\pm +!!	0 \pm	0 \pm	0 -	3	3	6
	VI.	\pm +!!	0 \pm	0 \pm	0 -	3	3	6
	VII.	-! +	0 +!	- -	0 +	2	0	2
	VIII.	\pm +!!	0 +	- 0	- -	2	1	3
	IX.	- +!!!	0 -	- \pm	0 -	2	1	3
14.XI.	X.	- +!!!	0 -	0 \pm	0 -	3	1	4
Σ	0	0 0	10 0	7 1	6 1	25		
Σ	\pm	6 0	0 3	0 8	0 0		17	
T. sp. G.		6 0	10 3	7 9	6 1			42
Latenzgrösse		S = 6.	P = .7.	Sch = 2.	C = .5			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{25}{17} = 1.4$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$e_{10}^0; P_9^{\pm};$
Submanifeste bzw. sublatente:	$k_7^0; h_6^{\pm}; d_6^0;$
Wurzel-Faktoren:	$hy_3^-; m_1^-; s_0^{+!!}$

3. Latenzproportionen:

$Phy^-; \underbrace{Ss^+; Cm^-}_{7 \quad 6 \quad 5}; Schk_2$

4. Triebklasse:

Phy^-, Ss^+, Cm^- triaequal

Abb. 42. Fall 25. Maniforme Hebephrenie. 34jähriger Zuschneider

2. Klasse der aggressiven Sadisten =

$$\frac{Ss+}{6}$$

3. Klasse der Manischen =

$$\frac{Cm-}{5}$$

II. *Triebformel:*

1. Größte Spannung im paroxysmalen Triebgebiet =

$$\left. \begin{array}{l} e_{10}^0 \\ hy_3^{-1} \end{array} \right\} Pby-$$

2. im Kontaktgebiet =

$$\left. \begin{array}{l} d_6^0 \\ m_1^- \end{array} \right\} Cm-$$

3. im Sexualgebiet =

$$\left. \begin{array}{l} b_6^{\pm} \\ s_0^{+!!!} \end{array} \right\} Ss+$$

III. *Triebüberdruck:*

1. im Faktor *s*

$$s = +! = 19$$

2. im Faktor *hy*

$$hy = -! = \frac{2}{21}$$

IV. *Projektives hypochondrisches Syndrom:*

1. Variation mit Entfremdung, Profil 9 =

$$\frac{s \quad e \quad hy \quad k \quad p}{+!!! \quad 0 \quad - \quad - \quad \pm}$$

2. Variation mit dem homosexuellen, weiblichen Ich, Schuldangst wegen der homosexuellen Ansprüche, Profile 1, 3, 4, 10 =

$$\frac{e \quad hy \quad k \quad p}{0 \quad -! \quad 0 \quad \pm}$$

Schuldangst Weibliches Ich

oder Profile 2, 5, 6: Ambivalenz des Exhibitionsdranges mit einem weiblichen Ich. «Soll ich meine Weiblichkeit zeigen oder verbergen?» Die Homosexualität wird zwanghaft zurückgehalten. (Beruf: Zuschnneider) =

$$\frac{e \quad hy \quad k \quad p}{0 \quad \pm \quad 0 \quad \pm}$$

V. *Schwere Kontaktstörungen:*

1. Hypomanisches Benahmen, Profile 3, 5, 6, 9, 10 =

$$C = 0 -$$

2. Schizoforme, katatonieartige Kontaktsperre, Profile 2, 4, 8 =

$$C = - - -$$

VI. *Sexualstörungen:*

Für die latente Homosexualität sprechen:

1. die Ambivalenz im Faktor *b*, Profile 1, 3, 4, 5, 6, 8 =

$$b = \pm$$

2. die negative *hy*-Reaktion, Profile 1, 3, 4, 9, 10 =

$$hy = -$$

3. das weibliche Ich, Profile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 =

$$Sch = 0 \pm$$

Patient wird trotzdem *nicht* manifest homosexuell, sondern eben maniform hebephren und exhibiert mit seiner über alle Maßen gesteigerten Aggression.

Der Kranke wurde wegen Unruhe stets in Einzelzelle isoliert. Die Testdiagnose lautet: *Maniforme Hebephrenie*.

Auszug aus der Krankengeschichte

6. 6. 1946 1. Aufnahme. War schon mehrmals in Anstalten. 15. 6. 1946: Patient ist sehr betriebsam. Singt und pfeift den ganzen Tag. Schreibt an alle Leute *überschwengliche* Briefe (*Phy-*). Maniformer Schub bei einer zyklisch verlaufenden Psychose, die im 18. Lebensjahr akut begonnen hat. Zwischenhinein anscheinend volle Remission. Der jetzige Schub dauert aber bereits viel länger als die früheren Schübe. Neben typisch manischen Symptomen fällt auf, daß der affektive Rapport sehr oberflächlich ist. *Der Gedankengang ist nicht nur weitschweifend, sondern auch sprunghaft*. Patient antwortet auf Fragen oft ganz unzusammenhängend. Außerdem Andeutungen von *paranoiden* Ideen, die z. T. einen absurden Charakter haben. 4. 7. 1946: Aus der Anstalt entwichen und zu Fuß nach Hause gegangen. Da die Frau den Mann wieder bei sich behalten will, wird er beurlaubt. 27. 7. 1946 2. Aufnahme: Die Frau berichtet, daß es zu Hause nicht mehr ging. 28. 7. 1946: Macht nach dem Essen viel Lärm. 5. 8. 1946: Patient ist sehr unruhig, muß in eine Zelle verbracht werden.

Anstaltsdiagnose: *Maniforme Hebephrenie mit zyklischem Verlauf.*

Fall 26. 50jährige Hausfrau

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Solothurn)

Abbildung 43 gibt die zehn Triebprofile und die Tendenzspannungstabelle.

Syndromanalyse

Testologisch:

Für hebephrene oder heboide Erkrankung sprechen:

I. Die *biäquale Triebklasse* =

$$\frac{Phy-}{5} \quad \frac{Schk-}{4}$$

$$\frac{d_6^0 \quad e_5^0}{hy_0^-}$$

II. Die *Triebformel* =

$$hy = -!$$

$$k = -!$$

$$s = +!!$$

$$b = +!!!$$

$$p = \pm!$$

III. Der *Triebüberdruck* ist extrem hoch:

1. im Faktor *hy* = 1 Ausrufzeichen
 2. im Faktor *k* = 1 Ausrufzeichen
 3. im Faktor *s* = 20 Ausrufzeichen
 4. im Faktor *b* = 15 Ausrufzeichen
 5. im Faktor *p* = 1 Ausrufzeichen
- Insgesamt: $\frac{38}{38}$ Ausrufzeichen

$$S = '+!!! +!!!$$

Die Quantumspannung im Sexualvektor (35) mit der übermäßig großen Schuld- und Strafängst avisiert eine heboid-schizophrenen Erkrankung.

IV. Diese Annahme wird bestätigt durch das *klassische projektive hypochondrische Syndrom*:

- a) Profile 1, 2, 4 =
- b) Variation des Syndroms mit Entfremdung, Profile 3, 7, 8 =
- c) Variation mit einer völlig negativen Mitte, Profil 9 =
- d) Variation mit totaler Irrealität, mit Kontaktsperre, Profil 10 =

	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
a)	+!!	0	-	-!	-
b)	+!	0	-	-	±
c)	+!!!	-	-!	-	±
d)	+!!!	-	-	-	-
	<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>	
	+!!!+!!	0	-	-	-

Irrealer Block

Die Frau lebt demnach in einer völlig irrealen Phantasiewelt; aus dieser Welt stammen ihre besonderen Exhibitionsansprüche, die Organhalluzinationen und Wahnideen.

Sie ist völlig unbeeinflussbar =

$$C = - - -$$

V. Art der *Kontaktstörung*:

1. Hypomanische Unruhe, Profile 2, 5, 6, 8, 9 =
2. Kontaktsperre, Profil 10 =
3. Desintegration, Profil 3 =
4. Beharrung, Profile 1, 4, 7 =

$$C = 0 -$$

$$C = - - -$$

$$C = 0 0$$

$$C = - 0$$

VI. *Sexualstörung*:

- Extrem erhöhter Überdruck in beiden Sexualkomponenten
- Profil 9 =
- Profil 10 =
- Profile 4, 7, 8 =
- Profil 6 =
- Profile 2, 3, 5 =
- Profil 1 =

$$S = +!!! +!!!$$

$$S = +!!! +!!$$

$$S = +! +!!!$$

$$S = +!!! +!$$

$$S = +! +!$$

$$S = + +!!$$

VII. Art der *Affektstörung*:

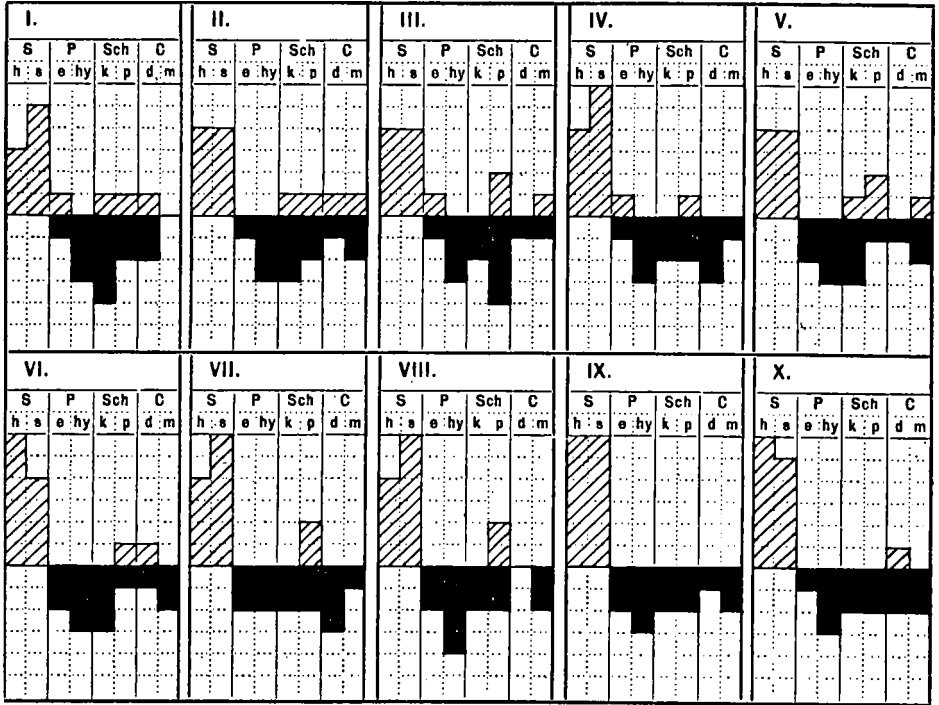
1. Sensitive Beziehungsangst im Rahmen des projektiven hypochondrischen Syndroms, Profile 1, 2, 3, 4; 10 =
2. Panische Angst, Profile 5, 6, 7, 8, 9 =

$$P = 0 -$$

$$P = - - -$$

$$- - -!$$

Auf Grund dieser testologisch eindeutigen Syndromatik stellen wir die Diagnose auf eine *hebephrene Form der Schizophrenie*.



1946:		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
Nr.		h	s	e	hy	k	p	d	m	0	±	±
I.	+ +	0	-	-	-	-	0	2	0	2	0	2
II.	+ +	0	-	-	-	0	-	2	0	2	0	2
III.	+ +	0	-	-	±	0	0	3	1	4	0	4
IV.	+ +	0	-	-	-	-	0	2	0	2	0	2
V.	+ +	-	-	-	+	0	-	1	0	1	0	1
VI.	+ +	-	-	-	0	0	-	2	0	2	0	2
VII.	+ +	-	-	-	±	-	0	1	1	2	0	2
VIII.	+ +	-	-	-	±	0	-	1	1	2	0	2
IX.	+ +	-	-	-	-	0	-	1	0	1	0	1
X.	+ +	0	-	-	-	-	-	1	0	1	0	1
Σ	0	0	0	5	0	0	1	6	4	16		
Σ	±	0	0	0	0	0	3	0	0		3	
T. sp. G.	0	0	0	5	0	0	4	6	4			19
Latenzgrösse	S = .0	P = .5	Sch = .4	C = .2								

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma +} = \frac{16}{3} = 5.3$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$d_6^0; e_5^0; i$
Submanifeste bzw. sublatente:	$m_4^0; p_4^{\pm 0}; i$
Wurzel-Faktoren:	$h_0^+; s_0^+; hy_0^-; k_0^-$

3. Latenzproportionen:

$Phy^-; Schk^-; Cm^-; \frac{S}{5}; \frac{4}{4}; \frac{0}{2}; \frac{0}{0}$

4. Triebklasse:

Phy⁻, Schk⁻ biaequal

Abb. 43. Fall 26. Heboide paranoide Schizophrenie. 50jährige Hausfrau

Aufnahme: 7. 4. 1932. Patientin gibt an, vier Kinder zu haben und geschieden zu sein. Sie arbeitet fleißig und benimmt sich korrekt. Man habe sie schon lange als verrückt angesehen, und sie sei immer bei der Polizei angezeigt worden; warum, wisse sie aber nicht. Man habe ihr auch auf der Straße Übernamen nachgerufen. *Sie schreibt an alle Behörden.* 1933: Zustand nach wie vor gleich, sie *schreibt immer Briefe.* 1934: Zustand gleich. Schreibt Briefe in sehr schnodderigem Tone. Sonst arbeitet sie aber gut. 1935: Unzugänglich, *frech, wenn sie losbricht.* Die Patientin ist ein chronischer Fall und absolut unbelehrbar. 1936: Schreibt sog. *Kanalbriefe.* (Die Briefe werden in den Abort gelegt, hinuntergespült und sollen dann draußen abgefangen und spediert werden.) 1937: In eine andere Anstalt verlegt. Hat immer die gleichen Wahnideen. Mai: Kommt wieder zurück. Die Patientin hat in der früheren Anstalt beständig Widerstand geleistet und ist desertiert. 1938: *Überreicht bei der Visite oft Briefe an hochgestellte Persönlichkeiten.* Hält an den Wahnideen fest. 1939: Benimmt sich ganz autistisch. 1940: Schreibt immer noch verwirrte Briefe an die verschiedenen Behörden. 1941: Keine Veränderung. 1943/44: *Glaubt immer noch, viel Geld zu besitzen.* Ihr Zustand ist gleich geblieben. 1945: Psychischer Zustand gleich. Spricht spontan nicht. Juli 1946: Schreibt, sie wolle das Narrenhaus verlassen. Sie befinde sich hier bei einer Saubande. Sie wolle die Geldunterschlagungen, die hier vorkommen, untersuchen. *Sie eitere an Händen und Füßen.*

Diagnose der Anstalt: *Paranoid.*

Für die heboide Form sprechen in dem klinischen Bild:

1. das theatralische Exhibieren mit dem Schreiben von «Kanalbriefen». Sie überreicht bei der Visite oft Briefe an hochgestellte Persönlichkeiten;
 2. die Organhalluzinationen («sie eitere an Händen und Füßen»);
 3. der «schnoddrige» Ton der Briefe;
 4. die Frechheit und Aggressivität im Auftreten.
- Sie macht sich also in einer frechen, unzugänglichen, theatralischen Form «wichtig».

3. Triebpsychologie der Schizophrenie

Die Ergebnisse der experimentellen Triebforschungen an Schizophrenen können wir demnach in folgendem zusammenfassen:

I. Die Richtigkeit der alten Bestrebungen in der klinischen Psychiatrie, das Krankheitsbild der Schizophrenie in drei Symptomenkomplexe zu zerlegen, wurde in den Triebexperimenten bekräftigt. Wir konnten drei gut unterscheidbare experimentelle Syndrome aufstellen, und zwar 1. für das *paranoide*, 2. *heboide* (*hebebrennische*) und 3. *katatonoid* (*katatone*) Krankheitsbild.

II. Die experimentelle Triebforschung bei der Schizophrenie konnte feststellen, daß

1. die *krankhaft gesteigerte Ichausdehnung, die bremsenlose Egodiastole das Wesentliche des Paranoiden ausmachen.*

Experimentell konnten wir eine *projektive* und eine *inflativ* Form des Paranoiden streng voneinander trennen.

a) *Projektive Paranoide* entwickeln klinisch Bedeutungs-, Beziehungs- und Verfolgungswahnideen. Die krankhafte Funktion besteht hier in der *Projektion*, also in der Allodiastole, d. h. die Macht der Außenpersonen wird krankhaft ausgedehnt. Triebklasse: *Schp⁻*.

b) *Inflativ Paranoide* dehnen dagegen das eigene Ich aus (Auto-Ego-Diastole). So kommen Verdoppelungen des Ichs, Besessenheit von Ambitionen, Größen- und mystische Religionswahnbildungen zustande. Triebklasse: *Schp⁺*.

2. Die *krankhaft gesteigerte Icheinengung, die Egosystole, ist die wesentlichste Funktionsstörung bei der Katatonie.* Die negative Egosystole, Triebklasse *Schk⁻*, ver-

ursacht die Symptome der Ichsperre, also den Negativismus und den Stupor. Als zweitwichtiger Vorgang kommt die Kontaktsperre gegenüber der Außenwelt zustande ($C = -$). Die positive Egosystole, Triebklasse Sch_k^+ , kann zwar die autistischen und kosmischen Erlebnisse bei Schizophrenen verursachen, diese ($k = +$) Funktion des Ichs ist aber nicht pathognostisch charakteristisch für die Schizophrenie. Sie ist das gemeinsame Zeichen jeglichen introjektiven Vorganges und spielt demnach bei allen narzißtischen Prozessen (wie Charakteraufbau, Zwangsneurose, Melancholie, Fetischismus, Masochismus usw.) ebenfalls eine wichtige Rolle. (Siehe Bd. II, Introjektion.)

3. *Die krankhafte Steigerung des Exhibitionsbedürfnisses* (des Triebfaktors hy) *macht das dynamisch-funktionelle Wesen des heboiden und hebephrenen Krankheitsyndroms aus.* Aus der Triebklasse $Phy-$ werden die führenden Symptome der Hebephrenie abgeleitet. Also:

- a) das schauspielerische, pathetische, ekstatische Benehmen;
- b) das Exhibieren in Form von Ersatzsymptomen;
- c) die Leib- oder Organhalluzinationen als besondere projektive Form der hypochondrischen Wahn- und Sinnestäuschungen;
- d) die irrealen Phantasiewelt;
- e) die Lügenhaftigkeit, die Pseudologia phantastica (Mythomanie);
- f) die paroxysmale Sprunghaftigkeit des Denkens und Handelns;
- g) die kriminelle Anlage und die Aggressivität.

III. Auf Grund der Bestimmung der führenden Triebklasse, d. h. auf Grund der größten Triebgefahr, kann man die besondere Erkrankungsrichtung in der Schizophrenie experimentell diagnostizieren und psychologisch verstehen. Die an zweiter und dritter Stelle stehenden Triebgefahren (Triebklassen) orientieren uns über die Richtung der Mischungen.

Cm^- -Klasse ist ein Hinweis auf die manische,

Cd^+ -Klasse ist ein Hinweis auf die depressive,

Sr^+ -Klasse ist ein Hinweis auf die agierende und aggressive Mischung der Schizophrenie.

So bekommen demnach die klinischen Benennungen, wie z. B. das maniforme, das depressive Paranoid, die agierende Katatonie, die maniforme oder depressive Hebephrenie, eine exakte, experimentell kontrollierbare Grundlage und Sicherheit.

Die häufigen Wandlungen im klinischen Zustand der Schizophrenie sind mit Hilfe der experimentellen Syndromatik schritt- und phasenweise zu verfolgen. Aus einem monate-, evtl. jahrelang geführten Triebdiagramm¹ der Triebklassenwandlungen ist der unsichtbare und unbewußte Vorgang in der Tiefenseele der Schizophrenen abzulesen. Der Psychiater erfährt auf diesem Wege *das Seelische* seiner Kranken. Er fängt an, die bisher rätselhafte Symptomsprache der Schizophrenen allmählich zu verstehen.

Tabelle 37 faßt die experimentelle Syndromatik der Schizophrenie tabellarisch zusammen.

Auf Grund dieser experimentellen Syndromatik der Schizophrenie können wir die *unbewußten seelischen Vorgänge* triebpsychologisch im folgenden darstellen:

¹ Siehe Experimentelle Triebdiagnostik, Abb. 64, S. 217.

Tabelle 37. Experimentelle Syndromatik der Schizophrenie

klinische Symptomenkomplex →	I. Das paranoide Syndrom																																													
	1. Projektive Form	2. Inflative Form																																												
Experimentelle Syndromatik ↓																																														
I. Lösungsart der Triebgegensätzlichkeiten	Diagonale Zerspaltung: Die Weiblichkeit bleibt im Vordergrund.	Diagonale Zerspaltung: Die Männlichkeit bleibt im Vordergrund.																																												
II. Triebklasse	$Schp^-$; $\underbrace{Schp^-, Phy^-}_{\text{biäqual}}$	$Schp^+$; $\underbrace{Schp^+ Pe^-}_{\text{biäqual}}$																																												
III. Triebformel	1. $\frac{k^0}{p^-}$; 2. $\frac{k^\pm}{p^-}$; 3. $\frac{k^0 \pm; e^0}{p^-, d^+, b^+, hy^-}$	1. $\frac{k^0 hy \pm 0}{p^+ e^-}$; 2. $\frac{k^0 s \pm (0)}{p^+ b^- d^-}$; 3. $\frac{k^0 m \pm (0)}{p^+ d^-}$; 4. $\frac{k^0 e \pm 0}{p^+ hy^+}$; 5. $\frac{k^0 e \pm 0}{p^+ d^- m^+}$																																												
IV. Besondere Triebgefabren	Projektive Unitendenz $Sch = 0 -!$	Inflative Unitendenz $Sch = 0 +!$																																												
V. Faktorielle Quantumspannungen (Triebüberdruck)	1. Projektion: $p = -!$ 2. Sich-Verbergen: $hy = -!$ 3. Weibliche Liebe: $b = +!$	Inflation: $p = +!$																																												
VI. Die Mitte	<table border="1"> <tr><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td>0</td><td>-!</td><td>0</td><td>-!</td></tr> <tr><td>0</td><td>-!</td><td>±</td><td>-!</td></tr> <tr><td>±</td><td>-</td><td>0</td><td>-!</td></tr> <tr><td>+</td><td>-!</td><td>0</td><td>-!</td></tr> </table>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	0	-!	0	-!	0	-!	±	-!	±	-	0	-!	+	-!	0	-!	<table border="1"> <tr><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td>-</td><td>+</td><td>0</td><td>+</td></tr> <tr><td>-</td><td>0</td><td>0</td><td>+</td></tr> <tr><td>±</td><td>0</td><td>0</td><td>+</td></tr> <tr><td>0</td><td>+</td><td>0</td><td>+</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td><td>0</td><td>+</td></tr> </table>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	-	+	0	+	-	0	0	+	±	0	0	+	0	+	0	+	-	-	0	+
<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																											
0	-!	0	-!																																											
0	-!	±	-!																																											
±	-	0	-!																																											
+	-!	0	-!																																											
<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																											
-	+	0	+																																											
-	0	0	+																																											
±	0	0	+																																											
0	+	0	+																																											
-	-	0	+																																											
VII. Pathognostischer Faktorenverband	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td><i>s</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>p</i></td><td><i>m</i></td></tr> </table> <p>Das paranoide «Kamm»-Syndrom.</p>	1	2	3	4	-	-	-	-	<i>s</i>	<i>hy</i>	<i>p</i>	<i>m</i>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>±</td><td>-</td><td>+</td><td>0</td><td>+</td></tr> <tr><td>-</td><td>±</td><td>±</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><i>s</i></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> </table> <p>Das inflative paranoide Syndrom</p>	1	2	3	4	5	±	-	+	0	+	-	±	±				0	0			<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>							
1	2	3	4																																											
-	-	-	-																																											
<i>s</i>	<i>hy</i>	<i>p</i>	<i>m</i>																																											
1	2	3	4	5																																										
±	-	+	0	+																																										
-	±	±																																												
	0	0																																												
<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																										
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Totale Projektion: $Sch = 0 -!$ 2. Fugues (Ausreißen): $Sch = \pm -!$ 3. Dissimulation: $Sch = - - -!$	1. Totale Inflation: $Sch = 0 +!$ 2. Introinflation: $Sch = + +!$																																												
X. Besondere Kontaktstörung	1. Paranoide Haltlosigkeit: $C = 0 -$ 2. Suchen nach dem Verfolger: $C = + -, p = -$ 3. Störung des Sachwertgefühls: $d = 0$ 4. Aufmerksamkeitsstörung: $d = 0$	1. Inzestbindung: $C = - +$ 2. Unglückliche Inzestbindung: $C = - \pm$ 3. Haltlosigkeit: $C = 0 -$																																												
XI. Besondere Sexualstörung	1. Triebzielinversion beim Mann: $S = + -$ Masochismus bei der Frau: $S = + -, 0 -$ 2. Latente Homosexualität: $s -, hy -, p -, d +$	1. Triebzielinversion: bei der Frau: $S = - +$ $S = - \pm$ 2. Beim Mann bedeutet dieselbe Reaktion Perversion.																																												
XII. Besondere Affektstörung	1. Sensitive Beziehungsangst: $P = 0 -!$ 2. Gewissensangst: $P = + -$ 3. Drang, sich zu verbergen: $hy = -!$ 4. Affektexplosionen: $e = 0$ 5. Affektpolarität: $P = \pm -$	1. Kainanspruch: Ein Elternteil wird totgewünscht: $P = - +$ $- \pm$ $- 0$ 2. Phobie: $P = + 0$																																												

Tabelle 37. Experimentelle Syndromatik der Schizophrenie (Fortsetzung)

Der klinische Symptomenkomplex → Experimentelle Syndromatik ↓	II. Das katatonie Syndrom	III. Das hebephrene Syndrom																																										
I. Lösungsart der Triebgegensätzlichkeiten	1. Unitendenzen in der Mitte (Wutstauung mit Verdrängung). 2. Legierungstendenz am Rande mit Triebüberdruck.	1. Unitendenz des unterdrückten Exhibitionsdranges. 2. Legierungstendenz im Ich und Sexus aber mit Triebüberdruck.																																										
II. Triebklasse	$Schk^-; Ss+Schk^-; Schk^-Phy^-$ biäqual	$Phy^-; Cm^-Phy^-; Cd+Phy^-; Ss+Phy^-;$ $Phy^-Schp^-; Phy^-Sb+$ biäqual																																										
III. Triebformel	1. $\frac{p^0}{k^-}$; 2. $\frac{p^\pm}{k^-}$; 3. $\frac{p^0 e^0 h^0 \pm}{k^- hy^- s^{+!!} m^-}$	1. $\frac{e^0 k^0}{hy^- p^-}$; 2. $\frac{e^0 d^0 \pm}{hy^- m^-}$; 3. $\frac{e^0 m^0 \pm}{hy^- d^+}$; 4. $\frac{e^0 b}{hy^-}$																																										
IV. Besondere Triebgefahren	1. Unitendenz der Verneinung: $Sch = -! 0$ (Negativismus, Stupor). 2. Unitendenz der Wutauflastung: $P = - 0$ 3. Unitendenz der Beziehungsangst: $P = 0 -$	1. Unitendenz des unterdrückten Exhibitionsdranges: $P = 0 -!$ 2. Kombinierte Gefahr von Verneinung/Projektion: $Sch = -! -!$ 3. Kontaktgefahr; Hypomanie: $C = 0 - 0$. Depression: $C = + \pm$																																										
V. Faktorielle Quantumspannungen (Triebüberdruck)	1. Verneinung: $k = -!$ 2. Aggression: $s = +!!$ 3. Evtl. Liebe: $b = +!$	1. Sich-Verbergen: $hy = -!$ 2. Verneinung: $k = -!$ 3. Projektion: $p = -!$ 4. Sexualüberdruck: $s = +!!!$ $b = +!$																																										
VI. Die Mitte	<table border="1"> <tr><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td>-</td><td>0</td><td>-</td><td>0</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>0</td></tr> <tr><td>-</td><td>\pm</td><td>-</td><td>0</td></tr> <tr><td>0</td><td>\pm</td><td>-</td><td>0</td></tr> </table>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	-	0	-	0	0	-	-	0	-	\pm	-	0	0	\pm	-	0	<table border="1"> <tr><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td>0</td><td>-!</td><td>-!</td><td>-(!)</td></tr> <tr><td>0</td><td>-!</td><td>-!</td><td>\pm</td></tr> <tr><td>+</td><td>-!</td><td>-</td><td>0</td></tr> <tr><td>-</td><td>-!</td><td>-!</td><td>-</td></tr> </table>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	0	-!	-!	-(!)	0	-!	-!	\pm	+	-!	-	0	-	-!	-!	-		
<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																									
-	0	-	0																																									
0	-	-	0																																									
-	\pm	-	0																																									
0	\pm	-	0																																									
<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																									
0	-!	-!	-(!)																																									
0	-!	-!	\pm																																									
+	-!	-	0																																									
-	-!	-!	-																																									
VII. Pathognostischer Faktorenverband	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>+!!</td><td>-</td><td>0</td><td>-!</td><td>0</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td><i>s</i></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td><td><i>d</i></td><td><i>m</i></td></tr> </table> <p>Kain Ich- Kontaktsperre Das katatoniforme Sperrungssyndrom.</p>	1	2	3	4	5	6	7	+!!	-	0	-!	0	-	-	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>+!!</td><td>0</td><td>-!</td><td>-!</td><td>-!</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td><i>s</i></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td><td><i>d</i></td><td><i>m</i></td></tr> </table> <p>Das hebephrene Syndrom</p>	1	2	3	4	5	6	7	+!!	0	-!	-!	-!	-	-	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
1	2	3	4	5	6	7																																						
+!!	-	0	-!	0	-	-																																						
<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>																																						
1	2	3	4	5	6	7																																						
+!!	0	-!	-!	-!	-	-																																						
<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>																																						
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Destruktive Verneinung: $Sch = -! 0$ 2. Entfremdung: $Sch = - \pm$	1. Kombinierte Verneinung und Projektion: $Sch = -! -!$ 2. Verdrängung mit Überdruck: $Sch = -$ 3. Projektion: $Sch = 0 -$																																										
IX. Besondere Kontaktstörung	1. Kontaktsperre: $C = - - -$ 2. Auflösung aller Bindung an die Welt: $C = 0 0$	1. Kontaktsperre: $C = - - -$ 2. Manische Reaktion: $C = 0 -$ 3. Auflösung aller Bindung: $C = 0 0 0$ 4. Depressive Bindung $C = + \pm$																																										
X. Besondere Sexualstörung	1. Triebüberdruck in der Aggression: $S = + +!!$ 2. Unitendenz in der Aggression: $S = 0 +!$	1. Überdruck im Sexus, besonders in Aggression: $S = +! +!!$ 2. Triebzielinversion, Mann: $S = + -$ Frau: $S = - +$																																										
XI. Besondere Affektstörung	1. Aufstauung von Wut, Haß: $P = - 0$ 2. Beziehungsangst: $P = 0 -$ 3. Panik: $P = - - -$	1. Unterdrückung des Exhibitionsdranges: $P = 0 -!$ 2. Schuld- und Strafangst: $P = + -!$ 3. Selten: positive Exhibitions-Unitende: $P = 0 +$																																										

A. Triebpsychologie des Paranoiden

a) Triebpsychologie des projektiven Paranoiden

Zur Psychologie des Bedeutungs-, Beziehungs-, Verfolgungs-, Beschuldigungs-, Eifersuchts- und Querulanzwahns.

1. Der projektive Paranoide hat die erbbedingte Anlage, seine Triebgegensätzlichkeiten in der Weise zu zerspalten, daß die weichen, warmen weiblichen Triebstrebungen in den Vordergrund drängen, dagegen die harten, kühlen männlichen Tendenzen im Hintergrund bleiben. Sein Hintergänger, sein Schatten ist die Männlichkeit. Er spaltet die *männliche* Persönlichkeitshälfte von der Vorderperson ab.

2. Der projektive Paranoide projiziert seine abgespaltene Männlichkeit in die Außenwelt, und zwar zuerst nur auf Männer, die ihn unbewußt sexuell anziehen (FREUD). Er fühlt sich am Anfang seiner Krankheit von Männern sexuell verfolgt. Bei einem meiner Patienten hat der paranoide Schub damit begonnen, daß er auf der Straße einen jungen Mann gewalttätig angegriffen hat, weil dieser ihm, als er vor ihm vorbeiging, zugerufen hätte: «Du Homosexueller!» Ein anderer Paranoide bekam seinen ersten Anfall bei dem Coiffeur. Er hörte, wie der Mann neben ihm im Stuhl über ihn homosexuelle Geschichten erzählte. Er floh aus dem Laden, halb rasiert, halb noch eingeseift, und wollte sich töten.

3. Der projektive Paranoide ist aber eben wegen seiner paranoiden Erbanlage unfähig, die vordergründige Weiblichkeit als Ichideal in Form von: «ich will eine Frau sein», aufzubauen, etwa so wie ein manifester Homosexueller es zu tun vermag. Er kann einfach nicht ein Homosexueller werden. Die Folge ist, daß er auch seine weiblichen Ansprüche hinausverlegt, und von nun an fühlt er sich infolge des doppelten Hinausverlegens sowohl von Männern wie auch von Frauen verfolgt. Durch die besondere Ausdehnungstendenz (Generalisierung im Denken der Paranoiden) dehnt sich der Kreis der Verfolger stets breiter aus.

4. Das Wesen des projektiven Paranoiden ist demnach triebpsychologisch in der *totalen Projektion der Triebgegensätzlichkeiten* zu suchen.

Das Schicksal des projektiven Paranoiden wird durch diese spezielle projektive Lösung der Triebgegensätzlichkeiten bedingt. Er kann diese weder annehmen und legieren noch ursprünglich befriedigen. Er trennt das Gegensatzpaar von seinem Subjekt mit Gewalt ab und projiziert das Ganze in die Außenwelt hinaus. Die hinausverlegten Ansprüche kommen nun als Wahnbildungen zu der Person zurück¹.

b) Triebpsychologie des inflativen Paranoiden

Zur Psychologie der Ichverdoppelung, Besessenheit von Ambitionen, Größen-, Religions-, Allheitswahn.

1. Die Zerspaltungsrichtung der Triebgegensätzlichkeiten wie auch die Abwehrfunktion des Ichs in der *Inflationsphase* des Paranoiden ist das polar Entgegengesetzte dessen, was wir in der Projektionsphase konstatierten.

2. Der *inflative Paranoide* behält im Vordergrund die harten, kühlen *männlichen* Strebungen. *Die Weiblichkeit wird abgespalten und in den Hintergrund verlegt.* Das Ich aber wird sowohl von den Vorder- wie auch von den Hinterstrebungen besessen. Der Kranke löst sein Gegensatzproblem durch Verdoppelung des

¹ FENICHEL, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd., London 1946, S. 415 ff.

Ichs. Das heißt: Er sieht den Widerspruch der neben- und nicht gegeneinander stehenden Gegensätzlichkeiten überhaupt nicht. Er spricht und handelt so, als ob zwischen den zwei Strebungen, von denen er besessen ist, kein Widerspruch wäre. Kurz, er ist von der Ambitendenz besessen und dehnt sein Ich durch Inflation aus. Er verdoppelt sich. Durch diese Verdoppelung des Ichs kann er Mann und Weib, Gott und Knecht, Kaiser und Untertan, Teufel und Engel synchron sein. Alle diese Doppelpersönlichkeiten sind Ersatzbildungen der Urgegensätzlichkeit Mann-Frau. Der Verdoppelungsvorgang, also die Inflation, ist für den inflativen Paranoiden *die* Lösung seiner Triebgegensätzlichkeiten und auch die formbedingende Instanz seiner Wahnbildung.

Das Paranoid ist eine krankhafte Prothese für die veruntreute Allmacht.

*

Wir haben Grund, anzunehmen, daß das Paranoid die erste, also die Ausgangsphase eines jeden schizophhrenen Prozesses darstellt. Die frühzeitig aufgenommenen Triebprofile von Heboiden und Katatonen beweisen es. Man kann sagen: Am Anfang einer Schizophrenie war das Paranoid, also die Zerspaltung der Triebgegensätzlichkeiten in männliche und weibliche Persönlichkeitshälften und das Hinausverlegen beider Strebungen. Einige Schizophrene verweilen lebenslang in dieser Anfangsphase. Bei anderen dagegen entwickelt sich der schizophrene Vorgang über die Anfangsphase der Egodiastole weiter. Die Fortentwicklung des Krankheitsprozesses kann zwei verschiedene Richtungen einschlagen, nämlich die der Hebephrenie oder die der Katatonie.

B. Triebpsychologie der Hebephrenie

Die triebpsychologische Verwandtschaft des Hebephrenen mit dem Paranoiden enthüllt sich im folgenden:

1. Bei beiden Formen ist die homosexuelle oder bisexuelle Triebstruktur am Anfang der Erkrankung experimentell, oft auch anamnestisch feststellbar.
2. Paranoide Züge werden von den meisten Hebephrenen auch in späterer Entwicklung der Krankheit beibehalten. Sie werden zumeist als Paranoide diagnostiziert.
3. Experimentell wird die Projektionsbereitschaft in der Reaktion $p = -$ bei Hebephrenen fast immer festgestellt. Während aber der reine Paranoide die Spaltungsgefahr seiner Triebgegensätzlichkeit «Mann-Weib» mit Hilfe der totalen Projektion ($Schp^-$) oder der totalen Inflation ($Schp^+$) mit Erfolg völlig abgewehrt zu haben wähnt, genügt dem Hebephrenen die Abwehrart der Projektion allein nicht, um sich aus der Triebgefahr von Homosexualität und Exhibitionismus herauszuretten. Der Hebephrene ist neben der Homosexualität auch mit dem Wunsch erfüllt, der Welt zu zeigen, daß er ein Mann ist, bei Frauen, daß sie Weiber sind. Diese Zeigelust ist aber so über alle Maßen gesteigert, daß der Exhibitionismus irgendwie verwandelt doch zur Manifestation gelangt. Daher die Triebklasse P_{hy}^- .

Der Paranoide projiziert einfach die ganze sexuelle Gegensätzlichkeit in die Außenwelt und ersetzt die so entstandene Lücke in seiner Seele mit projektiven Wahnbildern, Wahnideen und Sinnestäuschungen. Alle diese projektiven Symptome dienen dazu, die Gefahr abzuwehren, daß das einmal hinausverlegte Gegensatzproblem Mann-Weib zurückkehre (FREUD).

Der Hebephrene benützt zu dieser Abwehr nicht nur die Projektionstechnik ($p = -!$), sondern auch die der Verneinung ($k = -!$).

Der *erste* triebpsychologische Unterschied zwischen Paranoiden und Hebephrenen besteht demnach darin, daß, während der Paranoide nur egodiastolische Abwehrarten, also Projektion und Inflation mobilisiert, der Hebephrene dagegen sowohl von egodiastolischer ($p = -!$) wie auch von egosystolischer ($k = -!$) Abwehr Gebrauch macht. Je mehr sich der Schizophrene in der Richtung der Hebephrenie verschiebt, um so größer wird bei ihm die verneinende, egosystolische Abwehr. Daher das Ichbild: $Sch = -! -$ oder $Sch = -!! -!$ bei Hebephrenen; dagegen liefern Paranoide in der projektiven Phase $Sch = 0 - -$, in der inflativen Phase $Sch = 0 + -$ Ichbilder. Von Verneinung der Triebgegensätzlichkeiten ist bei den Paranoiden überhaupt nicht oder nur sehr selten die Rede.

Der *zweite* Unterschied zwischen den Abwehrarten von Paranoiden und Hebephrenen zeigt sich in der Weise der Projektion. Während nämlich der *Paranoide* stets auf *Außenweltobjekte* projiziert, also auf Personen seiner Umwelt, sind die Objekte der *hebephrenen* Projektionen nicht Personen, sondern *der eigene Leib, die eigenen Organe*.

Die hinausverlegten Interessen des Ichs haften bei den Hebephrenen nicht an Außenpersonen, sondern an Eigenorganen. Organe, für welche die Person alle ihre Interessen aufstaut, nennt man hypochondrische (FREUD). Der seelische Vorgang besteht darin, daß ein Organ eine libidinöse Überbesetzung bekommt. Die experimentelle Triebforschung hat es bewiesen, daß *der Hebephrene in der Tat den Kern des hypochondrischen Syndroms zeitigt, aber in einer Projektionsform*.

Während nämlich ein neurotischer Hypochonder die Besessenheit einfach hemmt ($Sch = - +$) oder räumt ($Sch = - 0$), *projiziert der Hebephrene das ganze hypochondrische Organ ($Sch = -! -!$)*. Die hebephrenische Art der Projektion macht demnach zwei Schritte im Krankheitsprozeß: Erstens werden die sexuellen Interessen in die Organe des Leibes hinausverlegt; so kommen libidinös besetzte, hypochondrische Organe zustande. Zweitens werden diese selbst hinausverlegt. Man spricht von «Ausstoßung der Organe ins Objekt», also von Objektivation. Und nun kommt der dritte ausschlaggebende Schritt. *Der Hebephrene exhibiert mit den projizierten hypochondrischen Organen fast so wie der sexuelle Exhibitionist mit den Geschlechtsorganen*. Diesen triebpsychologischen Vorgang nennt die klinische Psychiatrie «Organ- oder Leibhalluzinationen», ein Syndrom, das von den meisten Klinikern als ein Kernsymptom der Hebephrenie aufgefaßt wird (C. SCHNEIDER, JASPERS usw.).

Im Lichte einer Triebpathologie muß man die Organhalluzinationen als Ersatzbildungen des ursprünglichen sexuellen Anspruches des Exhibierens auffassen. Der ursprüngliche Anspruch wäre, das mit den Geschlechtsorganen zu tun. Dieser Wunsch wird aber streng verneint ($k = -!$), jedoch in andere Organe hinausverlegt, und nun werden in Form von Leibhalluzination diese Ersatzorgane der Geschlechtswerkzeuge gezeigt.

Die experimentelle Triebanalyse gibt uns die Belege, auf Grund deren wir berechtigt sind, das Kernsyndrom der Hebephrenie als eine krankhaft umgestellte Form des sexuellen Exhibitionismus aufzufassen. Diese äußerst große Triebgefahr des Exhibierens prägt sich in der führenden Triebklasse der Hebephrenen, in der *Phy*, klar aus. Es besteht eine innige tiefenpsychologische

Beziehung zwischen den Symptomen Homosexualität-Paranoid einerseits, sexueller Exhibitionismus und Hebephrenie andererseits.

Diese Beziehung wurde durch die Triebanalyse der Hebephrenen aufgedeckt. Die Übermacht des Faktors *by* bei den Hebephrenen prägt die führenden Symptome des hebephrenen Syndroms. Alle spezifisch hebephrenen klinischen Symptome (Sprunghaftigkeit, Leibhalluzinationen, Pathos, Ekstase, irrealer Phantasiewelt) fußen auf dem Faktor *by*, d. h. auf der Zeigelust, auf dem nativ nicht befriedigten Bedürfnis des prägenitalen Exhibierens.

Und darum sehen wir klinisch Schizophrene, die auch sexuell exhibieren (Fall 16), andererseits Exhibitionisten, die später schizophren erkranken. In beiden steckt der Kern im Tribschicksal des prägenitalen Exhibitionismus.

C. Triebpsychologie der Katatonie

So manches aus der klinischen Erfahrung, besonders aber die experimentelle Triebforschung, spricht für die Richtigkeit der Annahme, daß sich in der Vorphase aller katatonen Erkrankungen ein kürzerer oder längerer *paranoider* Schub abgespielt hat. Oft ist diese paranoide Ouvertüre klinisch deswegen nicht zu erfassen, weil sie zu kurz ist und der Kranke zumeist erst in der akuten katatonen Phase interniert wird. In der Anstalt überrascht aber zeitweise der Katatoniker nicht selten seinen Arzt mit blühenden paranoiden Wahnideen.

Die drei Ichabwehrarten: 1. die paranoide Totalprojektion der Gegensätzlichkeiten: $Sch = 0 -$, 2. die katatoniforme Ichsperrung: $Sch = - ! 0$, und 3. die hebephrenartige Kombination der beiden Abwehrarten: $Sch = - ! - !$, kann man in der Anstalt bei demselben Schizophrenen schubweise experimentell vorfinden. Das von SUSAN DÉRI¹ betonte Symptom der Spiegelbildreaktionen im Ich bei Schizophrenen spricht auch für die Möglichkeit dieser Art Umwandlungen. Der beschriebene Fall 24 liefert z. B. folgende Ichreaktionen:

$SchII = 0 -$	= paranoide Projektion;
$SchIX = - ! 0$	= katatoniforme Ichsperrung;
$SchIII, IV, V = - ! -$	= hebephrenartige Kombination von Projektion und Sperrung.

Im Fall 18 (eine Organistin, aus der Universitätsklinik Tübingen, die eine Mischung von Manie und Paranoid aufwies) sehen wir folgende Wandlung in der Abwehrart:

$SchI = 0 -$	= paranoide, totale Projektion;
$SchII = - \pm$	= präkatatonische Entfremdung;
$SchIII = - -$	= Anpassungsversuch;
$SchV-X = 0 -$	= andauernde Projektion.

Im Fall 22, bei dem ausgeprägt klinisch eindeutigen Katatoniker, wurde eine plötzliche Umwandlung der Ichsperre (Verdrängung) in die paranoide Inflation sichtbar:

$SchI = - 0$	= katatoniforme Ichsperre durch Verdrängung;
$SchII = 0 +$	= paranoide Inflation;
$SchIII, IV, V = - 0$	= totale katatoniforme Sperrung (mit $C = - -$);
$SchVI = - +$	= Hemmung der paranoiden Besessenheit (Deflation);
$SchVII, VIII = - 0$	= katatoniforme Sperrung (mit $C = - -$);
$SchIX, X = - +$	= Hemmung und Vernerung der paranoiden Inflation (Deflation).

¹ SUSAN DÉRI: Introduction to the Szondi Test. Grunc & Stratton, New York 1949.

Bei diesem Nacheinander der angewandten Abwehrarten ist es unabweigbar, daß auch ein klinisch reiner, schwerer Katatoniker plötzlich schubweise auch von paranoiden Wahnideen besessen werden kann.

Wir mußten hier diese Tatsache deshalb betonen, weil wir durch diese Einsicht in die Ichvorgänge der Katatoniker den Leser für unsere triebpsychologische Auffassung über den katatonen Symptomkomplex desensibilisieren wollten. *Unserer triebpsychologischen Auffassung nach kann man nämlich das katatone Syndrom als einen spontanen Heilungsversuch, als eine Abwehr gegen die paranoiden Wahnideen; also gegen die krankhafte Egodiastole auffassen. Der paranoide Kranke, der durch die krankhaft gesteigerte Egodiastole von den buntesten Wahnideen und Sinnestäuschungen besessen ist, schützt sein Ich gegen diese Inflationen oder Projektionen auf dem Wege, daß er die größtmögliche egosystemische Ichfunktion gegen die Diastole mobilisiert. So wird aus dem Paranoiden ein Katatoniker. Und darum sagen wir, daß das Katatone eine Abwehrreaktion gegen das Paranoid darstellt.*

Die sukzessiven Triebprofile enthüllen den unbewußten seelischen Weg, den diese Kranken zu gehen versuchen.

Erste Phase: Paranoide Besessenheit von Ambitendenzen =	I. Inflationsphase: Sch = 0 +
Zweite Phase: Verneinung der Besessenheit von Ambitendenzen =	II. Hemmungsphase: Sch = - +
Dritte Phase: Entfremdung, d. h. die Person verneint die vordrängende Weiblichkeit durch Aufgeben der Brücke zur Wahrnehmungswelt =	III. Entfremdungsphase: Sch = - ±
Vierte Phase: Räumung (Evakuierung) der störenden Inhalte der Besessenheit, also der Wahnideen aus dem Bewußtsein (Verdrängung) =	IV. Verdrängungsphase: Sch = - 0
Fünfte Phase: Verstärkung der egosystemischen Verneinung, weil die geräumten und verdrängten egodiastolischen Vorstellungen und Strebungen stets mit Zurückkehren drohen =	V. Sperrungsphase: Sch = -! 0 Sch = -! ! 0

So entsteht eine sich stets verstärkende Phase der Ichsperre, die klinisch zuerst als Negativismus, später als negativistischer Stupor erscheint.

Ist in der Vorphase der Krankheit das klinische Bild mit projektiven Wahnbildungen bevölkert, dann spielt sich der nämliche Schutz- und Abwehrvorgang gegen die Projektionswahnbildung in folgender Weise ab:

Erste Phase: Totale Projektion der Triebgegensätzlichkeiten, Bildung von Bedeutungs-, Beziehungs-, Verfolgungs-, Querulanzwahn usw. =	I. Projektionsphase: Sch 0 - 1
Zweite Phase: Verneinung dieser Projektionsvorstellungen. Klinisch spricht man von Dissimulation =	II. Verneinungsphase der Projektion, Dissimulationsphase: Sch = - -
Dritte Phase: Die projektiven Wahnbildungen und Halluzinationen werden mit Zwang zurückgehalten; in dieser Phase kommen Fugues-Erscheinungen (Ausreißen aus der Anstalt) häufig vor =	III. Zwangs- und Fugues-Phase: Sch = ± -
Vierte Phase: Räumung der Projektionsvorstellungen aus dem Vordergrund durch Verdrängung =	IV. Räumungs-, Verdrängungsphase: Sch = - 0
Fünfte Phase: Übermäßige Verstärkung der egosystemischen Verneinungskräfte gegen die zurückkehrenden Projektionsvorstellungen (Wahnideen) und Halluzinationen. Die Folge ist die Ichsperre, also wieder Negativismus, evtl. negativistischer Stupor =	V. Negativistische, stuporöse Sperrungsphase: { Sch = -! 0 { Sch = -! ! 0

Das unbewußte Ich schützt sich also durch eine Hyperegosystole, durch Ichsperre gegen die Produkte der hyperegodiastolischen Inflation oder Projektion. Um diese Sperre im Ich auf die Dauer aufrechterhalten zu können, sperrt sich die Person auch «mündlich», also oral von der Umwelt ab. Daher die Reaktion $m = -$, oft $m = -!!$ im Kontaktbild. So kommt der Mutismus, das Verneinen des Essens und jeglichen Kontaktes zustande. Allmählich wird die Beharrung bei dieser oralen Sperrung immer stärker, und die Folge davon ist eine totale Kontaktsperre, ($C = ---$). Die katatone Person sperrt sich sowohl im Ich wie im Kontakt völlig von der Welt ab. Es entsteht klinisch das klassische Bild des katatonen Syndroms. Sowohl die Sperre im Ich wie die im Kontakt mit der Welt ist ursprünglich gegen die inflativen oder projektiven Wahnbildungen und Sinnestäuschungen gerichtet. Das Sperrungssystem muß aber allmählich auf alle von der Außenwelt herkommenden Reize ausgedehnt werden, denn die Sperrungsmechanismen sind nur dann verläßlich, wenn die Person sie womöglich nie öffnet.

Daher die weiteren Erscheinungen der Katatonie, wie Negativismen gegen äußere Einwirkungen (z. B. Gegenbefehle usw.), die Stereotypie, das Manicrieren usw.

Die hartnäckige Aufrechterhaltung des Sperrungssystems ($k = -!!$, $p = 0$, $d = -$, $m = -$) hat natürlich auch im Affekt- und im Sexualleben entsprechende Folgen. Im Affektgebiet wird Wut, Haß, Zorn und Rache aufgestaut ($P = -0$), im Sexualgebiet die Aggression ($s = +!!$!).

Das Neue in der triebpsychologischen Deutung des katatonen Syndroms läßt sich demnach kurz etwa so zusammenfassen:

1. Der katatone Symptomkomplex ist vermutlich ein unbewußter Schutz- und Abwehrvorgang gegen die paranoiden Wahnbildungen und Sinnestäuschungen.
2. Er ist eine Art von spontanem Heilungsversuch.
3. Der Katatoniker benützt solche Abwehrmechanismen gegen die Ichgefahr (Inflation, Projektion), die zu den neurotischen Abwehrarten näher stehen als zu den psychotischen.
4. Der Kranke bleibt aber trotzdem psychotisch, weil das Sperrungssystem (Negativismus, Stupor usw.) ihn völlig von der realen Welt ausschaltet.
5. Von dieser triebpsychologisch fundierten Betrachtung des katatonen Symptomkomplexes her wird klar, warum die Auffassung, Orientierung, Erinnerung bei den Katatonikern völlig intakt sein kann und warum bei dem reinen katatonen Symptomenkomplex weder Wahnideen noch Sinnestäuschungen eine Rolle zu spielen brauchen (JASPERS).

*

Noch vor kurzem (1948) schrieb JASPERS über den katatonen Symptomkomplex: «Diese Seelenzustände sind dem Psychiater ebenso rätselhaft wie dem Laien. Wir wissen überhaupt nicht, wie diesen Kranken zumute ist¹.»

¹ JASPERS: Allgemeine Psychopathologie, S. 504.

Das alte Dogma: «die Schizophrenen kann man nicht analysieren» oder «die Analyse von Schizophrenen führt unweigerlich zur Katastrophe», scheint heute schon überwunden zu sein. Frau M. A. SECHEHAYE ist es gelungen, eine Hebephrene mit Hilfe der Psychoanalyse nach über zehn Jahren Krankheit zu heilen¹. In diesem Fall war die Hebephreniediagnose auf Grund der Symptome (Nahrungsverweigerung, Angstzustände, Stupor, Sinnestäuschungen, Wortneubildungen, schizoforme Intelligenzstörungen) von etwa 15 Psychiatern festgestellt. Für die Heilung bürgt der Umstand, daß sie schon acht Jahre anhält.

In den Vereinigten Staaten beginnt die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenen sich zu einer aussichtsvollen Strömung gegen die «Sado-psychiatrie» (Elektroschock, Psychochirurgie, Lobotomie) auszuwachsen². Ich selbst arbeitete über ein Jahr rein schicksalsanalytisch mit Erfolg in einer psychiatrischen Privatklinik.

Wir nehmen uns die Freiheit, zu behaupten, daß die Zeit des völligen Nichtverstehens in der Psychiatrie vorbei sei. Natürlich nur für diejenigen unter den Psychiatern, die den Mut aufbringen, in das unbewußte Seelische dieser Kranken mit Hilfe der Psychoanalyse und der experimentellen Triebforschung unterzutauchen. Diesbezüglich machen wir uns aber keine zu großen Hoffnungen, und die Seelenzustände der Schizophrenen wie auch die der anderen Psychotiker werden eine Weile noch für die Schulpsychiater nach wie vor rätselhaft bleiben.

*

Im Anhang der experimentellen Syndromatik der Schizophrenie behandeln wir kurz die experimentellen Syndrome der Hypochondrie und die der Depersonalisation.

Die Rolle der Hypochondrie im Krankheitsbild der Hebephrenie (Leibhalluzinationen), ferner die der Depersonalisation in der Vorphase der Schizophrenie, besonders in der der Katatonie, wurden bereits erörtert. Beide Symptome können aber bei anderen Psychosen und Neurosen ebenfalls erscheinen. Darum benötigen diese Symptome auch eine selbständige Darstellung.

II. Das experimentelle Syndrom der Hypochondrie

Hypochondrie ist ein Krankheitssymptom, bei dem der Patient *seine Aufmerksamkeit beständig auf den eigenen Körper und auf das eigene Denken* richtet. Auf Grund eingebildeter oder nur unbedeutender Störungen glaubt die Person unheilbar krank zu *sein* oder krank zu *werden*, und infolgedessen entsteht eine tiefe Depression.

Die *Hypochondrie* ist keine selbständige Erkrankung. Man unterscheidet:

1. *neurotische* oder hysterische Hypochondrie, bei der die objektlibidinöse Beziehung hinter der hypochondrischen Beachtung *leicht* festzustellen ist;

¹ SECHEHAYE, M. A.: La Réalisation symbolique. Editions Hans Huber, Berne 1948.

² SULLIVAN, H. St., STAVEREN, H., TOWER, S. J., COHEN, R. A.: Therapeutic Investigations in Schizophrenia. Journ. of the Biol. and Path. of Intern Relations. V. 10. 1947.

2. *echte oder psychotische Hypochondrie*: a) bei Schizophrenie als Organhalluzinationen, z. B. bei der Hebephrenie; b) bei manisch-depressivem Irresein. Bei diesen Psychosen ist von der objektlibidinösen Beziehung *nichts* mehr zu spüren.

Das Hauptsymptom der Hypochondrie ist die *Selbstbeobachtung*, das Belauschen der eigenen Empfindungen. *Selbstbeobachtung ist eine gegen innen gerichtete Wahrnehmung* (P. SCHILDER) ¹.

Das *Objekt* der Selbstbeobachtung kann a) *der eigene Körper* sein: allzuviel Interesse und Aufmerksamkeit wird auf den eigenen Körper konzentriert; b) die eigenen Gedanken, das Denken.

Der Prozeß besteht nach der Psychoanalyse darin, daß ein Körperteil (oder ein Gedankenkreis) eine *libidinöse*, narzißtische Überbesetzung bekommt, die mit Libido von einer Verdrängungstendenz beantwortet wird. Diese versucht, das hypochondrisch beobachtete Organ (oder die Gedanken) aus dem eigenen Körper (oder aus dem Denken) hinauszudrängen. Ein Organ (oder einen Gedankenkreis) hypochondrisch beachten heißt aber so viel wie, es teilweise *zur Außenwelt* machen, *objektivieren*.

Diese *Objektivierung* ist gleichbedeutend mit der *Ausstoßung ins Objekt* und stellt eine spezielle *Abwehrart* dar, mit der eine höhere Instanz sich eines unbequemen Materials entledigen will. Die Objektivierung geht also vom Über-Ich aus und ist auf das engste mit verdrängenden Instanzen verbunden. (Allerdings nur im Anfang der Erkrankung.) Der Ausstoßungsvorgang, die Objektivierung, richtet sich bekanntlich nur auf solche Körperteile (oder Denkinhalte), die eine libidinöse Überbesetzung haben.

Bei der Hypochondrie ist die *Wahrnehmung* der Umwelt ungestört, aber *diese Umwelt* — sowohl die *Personen* wie die leblosen *Dinge* — *bietet kein Interesse mehr*. Das *hypochondrische Organ* (FREUD) *zieht alle Interessen an sich*.

Das hypochondrische Organ (oder der Gedanke) tritt nach FREUD anstelle der Genitalien und wird unter Bildern beschrieben, deren grob sexuelle Symboldeutung ins Auge springt (wie Spannen und Ziehen, Hartwerden und Festwerden, also zumeist Eigenschaften des männlichen Genitales. FERENCZI.)

Der Pathomechanismus verläuft nach der Psychoanalyse in folgenden Schritten:

1. Ein aktueller Anlaß verursacht irgendwo am Körper oder im Denken eine *Libidostauung*.
2. Die Libidostauung führt an einer *Fixierungsstelle* (z. B. Daumen, Hoden, Gebärmutter, Gedärme, Gehirn) zum Durchbruch. Die Fixierungsstelle entdeckt man oft in der *narzißtischen* Phase.
3. Das *Über-Ich* aber verbietet diese libidinöse Überbesetzung und wehrt sie auf dem Wege der Objektivierung ab.
4. Das heißt, die Person *beobachtet* die narzißtische, libidoüberbesetzte Stelle des Körpers oder des Denkens etwa so, als ob sie Außenwelt wäre.
5. Auf diesem Wege werden Empfindungen zu inneren Wahrnehmungen, und all das kommt in Form von *Selbstbeobachtung* zum Vorschein.

¹ SCHILDER, P.: Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry. Nerv. and Ment. Monogr. Nr. 50, 1928.

Testologie der Hypochondrie

I. Testologisch unterscheiden wir zwei Phasen der Hypochondrie:

Erste Phase: Der Kampf gegen die Inzestliebe =

Zweite Phase:

- a) Projektion der Liebe und Angst, mit der bisher das Inzestobjekt besetzt wurde =
- b) Introjektion des Liebes- und Angstobjektes ins Ich =

Testologisch:

k	p	d	m
—	+	—	+

$$\begin{aligned} p &= - \\ k &= + \end{aligned}$$

II. Pathomechanismus der Hypochondrie nach der Schicksalsanalyse:

- 1. Die Person lebt in einer Inzestbindung mit dem Vater oder der Mutter =

Inzestbindung =

Kampf gegen die Inzestliebe =

Mit diesem Vorgang beginnt jede Hypochondrie.

- 2. Das Über-Ich zwingt die Person, die Inzestliebe aufzugeben. Der Abwehrmechanismus, den die Person wählt, ist aber *nicht* Verdrängung, sondern eben Introjektion =

- 3. Der psychologische Vorgang ist der folgende:

- a) die Person kann sich vom alten Liebesobjekt *nicht* abtrennen =
die Beharrungstendenz ist zu stark =
- b) die Person kann sich nicht abtrennen, hingegen wird die Liebe und die Angst, der Vater oder die Mutter könnte sterben, ins Ich introjiziert =
- c) Von nun an hat die Person *Angst, sie selbst* könnte sterben. Aus der Angst, der Vater (oder die Mutter) könnte krank werden und sterben, wird nun eine *narzißtische Angst*, also Angst, die Person selbst könnte krank werden und sterben.
- d) Das hypochondrische Organ ist demnach nur eine Ersatzbildung für die bestehende Inzestliebe und Inzestangst.
- e) Daher die Schuldangst zu Beginn der Hypochondrie:

Sch	C
—	—
+	+
$C = - +$	$Sch = - +$

$$Sch = + -$$

$$\begin{aligned} C &= - + \\ d &= - \end{aligned}$$

$$k = +$$

e	hy	k	p	d	m
0	—	—	+	—	+
+	—	—	+	—	+
Schuldangst			Inzest		

- f) Hypochondrie kommt demnach so zustande, daß aus Inzestlibido und Inzest-Schuldangst *narzißtische Organlibido* und *narzißtische Krankheitsangst* wird.

III. Das experimentelle hypochondrische Syndrom:

Erste, inzestuöse Phase

- $e = +$
 - $hy = -$
 - $k = -$
 - $p = +$
 - $d = -$
 - $m = +$
- } Gutmachenwollen
} Hemmung
} der Inzestliebe

Zweite, narzißtische Phase:

- $e = +$
 - $hy = -!$
 - $k = +$ (oder \pm)
 - $p = \pm$ (oder $+$)
 - $d = -$ (oder 0)
 - $m = +$ (oder \pm)
- } Gutmachenwollen
} Einverleibung
} des Inzestobjektes

IV. Triebklasse der Hypochondrie:

- 1. $Schp+$ = Zumeist triäqual. Diese Form nennen wir auch «Zeitparanoia», d. h. die Person will sich *in der Zeit ausdehnen, unsterblich sein*. Die Unsterblichkeit ist eigentlich nur eine Ersatzbildung für den Wunsch, der Vater soll ewig leben. Das ist auch die Grundlage der religiösen Seligkeit und Unsterblichkeit. (Erste Phase.)
- 2. $Schk+$ = Klasse der Narzißten und Pharisäer. Hauptmerkmale: *Peinliche Pedanterie*, Reinheitssucht, starrer Formalismus, Steifheit, Unbeugsamkeit, Gefühlskälte, Überempfindlichkeit, Unfähigkeit, in anderen aufzugehen, sich mit ändern zu identifizieren. *Introversion*, *Narzißismus* (auch in der Objektwahl), Egozentrik, Egoismus, Ichdienst statt Objektdienst. (Zweite Phase.)

Diese Klasse ist die *Sublimationsform* der krankhaften Hypochondrie.

Berufe wie Professoren, kühle Logiker, theoretische Mathematiker und Physiker, steife Ethiker, formale Denker und Ästhetiker, «seelenlose» Psychiater und Psychologen geben die Möglichkeit zur Sozialisierung der Hypochondrie. Gelingt die Sublimation in einem narzißtischen Beruf nicht, so kehren sie entweder in die hypochondrische Klasse $Schp^+$ zurück oder in die:

3. $Schp^-$ -Klasse biäqual mit der Klasse Phy^- . Die Hypochondrie in diesen Klassen hat schon zumeist einen psychotischen Charakter: Organhalluzinationen, Organwahnideen, z. B. bei Hebephrenen, oder auch Depersonalisation.
Zur Diagnose gehört auch die Cm^+ -Klasse als Nebenklasse oder als eine noch immer große Triebgefahr. Die psychotische Form der Hypochondrie kann sich auch in den Klassen
4. $Cd^+ Phy^-$ als depressive Schizophrenie oder Hebephrenie manifestieren. (Siehe Fall 28.)
5. Cm^- -Klasse: In schweren Fällen kann die Hypochondrie mit paranoider Manie oder mit gewalttätiger Hypomanie zusammen auftreten.

V. *Triebformel:*

1. *Klassische Form* ($Schp^+$ -Klasse) =
$$\left\{ \frac{k^0, b^0, s^0}{p^+, d^-, m^+, e^+, by^-} \right.$$
2. *Narzißtische Form* ($Schk^+$ -Klasse) =
$$\left\{ \frac{p^{\pm 0}, e^0, s^0}{k^+, d^-, m^+, by^-, b^-} \right.$$
3. *Psychotische Form* =
$$\left\{ \frac{p^0 \pm d^0 \pm}{k^-, s^+, m^+} ; \frac{s \ p^{\pm 0}}{d^- \ k^-} \right.$$
- a) *Mischpsychose: Phy^- , $Schp^-$ - oder Phy^- , Cm^- - oder Phy^- , Cd^+ - Klasse* =
$$\left\{ \frac{e^0, k^0}{by^-, p^-} ; \frac{e^0, d^0 \pm}{by^-, m^-} ; \frac{e^0 \ m^0 \pm}{by^- \ d^+} \right.$$
- b) *Hebephrenie, Phy^- -Klasse* =
$$\left\{ \frac{e^0 \ b^0 \pm}{by^- \ s^{+!}} \right.$$
4. *Hypomanische Form* (Cm^- -Klasse) =
$$\left\{ \frac{p^0 \pm \ d^0}{k^-, \ m^-} \right.$$

VI. *Die hypochondrische Mitte:* (Schuld- und Strafängst)

	e	by	k	p
Unbewußte, verdrängte Schuldängst =	0	—	—	0
Bewußte Schuld mit Gutmachung =	+	—	—	+
Unbewußte Schuld, Gewissensängst =	0	—	—	0
Schuld mit Entfremdung =	+	—	—	+
Dasselbe mit ethischem Zweifel =	0	—	—	±
Schuld mit ethischem Zweifel =	±	—	—	±
Schuld mit Jammern =	±	—	—	0
Schuld mit Besessenheit =	0	±	—	0
Schuld mit Autismus =	+	—	0	+!
Schuld mit Zwangsarbeit =	+	—	±	+
Schuld mit Ichflut =	+	—	+	+

VII. *Die besonderen Ichabwehrarten bei der Hypochondrie:*

1. Entfremdung =	$Sch = - \pm$	}
2. Hemmung =	$Sch = - +$	
3. Verdrängung =	$Sch = - 0$	
4. Introprojektion =	$Sch = + -$	
oder	$Sch = + \pm$	
Introjektion =	$Sch = + 0$	
5. Totale Inflation =	$Sch = 0 +$	
6. Deflation durch Zwang =	$Sch = \pm +$	

VIII. *Kontaktstörungen:*

1. Beharrung; Inzestbildung =	$C = - +$
2. Biobjektive Bindung =	$C = + +, \pm +$
3. Akzeptationsängst, Ängst, nicht angenommen zu werden =	$C = 0 +!$
4. Hypomanische Reaktion =	$C = 0 -$

Fall 27. 40jährige Frau, Bazillophobie, neurotische Hypochondrie

Lebt seit etwa zehn Jahren in einer Heil- und Pflegeanstalt, ohne psychotisch zu sein. Sie kann nicht frei in der Welt leben, weil sie eine unüberwindliche Angst vor Tuberkulose hat. Sie glaubt in der Anstalt weniger gefährdet zu sein. Sie wehrt diese Angst vor Tb-Bazillen in der Weise ab, daß sie *täglich 1-3 Liter Alkohol zur Desinfektion des Leibes und der Kleider verbraucht*. Die Frau ist geistig hochbegabt, kann aber mit ihrem Geist nichts anfangen, da ihr einziger Lebensinhalt ihr Leib ist, d. h. die Sorge und die Befürchtung, sie könnte ihren Körper mit Tb-Bazillen anstecken.

Diese Hypochondrin lieferte die acht Triebprofile: Abb. 44.

Syndromanalyse

- I. *Triebklasse* = *Schp*⁺ (in einer tri- oder quadriäqualen Form)
- Probandin ist stets von der Angst besessen, daß sie sich infizieren könnte = $p = +$
- II. *Triebformel* =
$$\frac{b^0 \quad s^0 \quad k^\pm}{d^- \quad e^+ \quad by^- \quad p^+ \quad m^+!}$$
- III. *Triebüberdruck*:
- a) Im Faktor *e*⁺: Gewissensangst = $e = +!$ (3mal)
 - b) im Faktor *by*⁻: Etwas muß sie verbergen = $by = -$ (2mal)
 - c) im Faktor *p*⁺: Besessenheit = $p = +!$ (1mal)
 - d) im Faktor *m*⁺: Überstarke Anklammerung ans Leben = $m = +!$ (1mal)
- Das will also sagen, daß im Triebleben dieser Hypochondrin der Drang, eine Schuld gutzumachen, maximal aufgestaut ist. Auch der Drang, ein Bedürfnis (vermutlich die inzestuöse Anklammerung) zu verbergen und die Besessenheit von dieser Liebe sind übermäßig stark.
- IV. *Weitere Triebgefahren*:
- 1. Unitendenz der Besessenheit von der Inzestliebe, Profil 3 =
$$\left. \begin{array}{l} Sch = 0 +! \\ C = - + \end{array} \right\}$$
 - 2. Unitendenz der Verdrängung der Inzestliebe, Profil 2 =
$$\left. \begin{array}{l} Sch = - 0 \\ C = - + \end{array} \right\}$$
 - 3. Unitendenz des Masochismus, Profil 1, und auch =
$$\left. \begin{array}{l} S = 0 - \\ S = - 0 \end{array} \right\}$$

die personenlose Kulturliebe, Profile 3, 6 =
$$\left. \begin{array}{l} S = 0 0 \\ C = - + \end{array} \right\}$$
 - 4. Desintegration im Sexus, Profil 5 =
$$\left. \begin{array}{l} S = 0 0 \\ C = - + \end{array} \right\}$$
 - 5. Diagonale Spaltung im Kontakt, 7mal Inzestbindung =
$$\left. \begin{array}{l} P = + - \end{array} \right\}$$
 - 6. Diagonale Spaltung im Affektleben; sie lebt stets in Gewissensangst =
$$\left. \begin{array}{l} P = + - \end{array} \right\}$$
- V. Das Syndrom der Hypochondrie ist ausgeprägt vorhanden:
- 1. im Profil 1 =
$$\left. \begin{array}{l} e \quad by \quad k \quad p \\ + \quad - \quad - \quad + \end{array} \right\}$$
 - 2. im Profil 2 =
$$\left. \begin{array}{l} e \quad by \quad k \quad p \\ +! \quad - \quad - \quad 0 \end{array} \right\}$$

In diesem Fall läßt sich die inzestuöse Phase von der narzißtischen musterhaft in der Sukzession der Profile unterscheiden.

Erste, *inzestuöse* Phase:

Profil 1 und 2 =

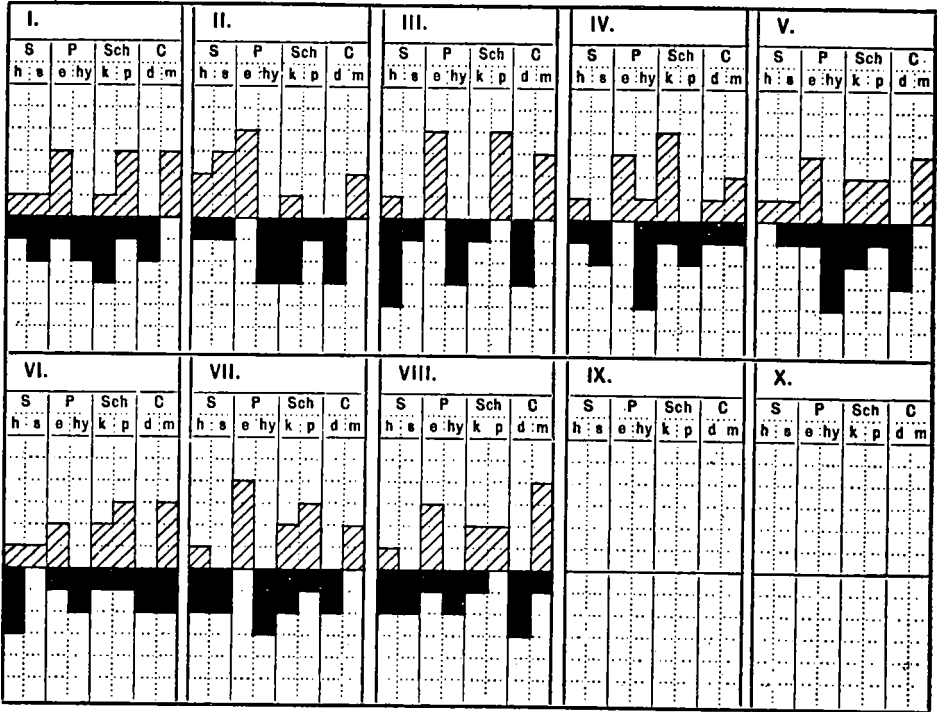
1	2	3	4	5	6
+	-	-	+(0)	-	+
<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
		Hemmung		Inzest	

Zweite, *narzißtische* Phase =

Profil 4, 6 =

1	2	3	4	5	6
+	-	+	-(+)	-(0)	+
<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
		Narzißmus,		Inzest	
		Einverleibung			

Szondi-Test
Blatt mit zehn Triebprofilen



1946:		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	0 u. \pm
10. II.	I.	0	—	+	—	—	+	—	+	1	0	1
	II.	+	+	+	—	—	0	—	+	1	0	1
	III.	—	0	+	—	0	+	—	+	2	0	2
	IV.	0	—	+	—	+	—	0	+	2	0	2
	V.	0	0	+	—	±	+	—	+	2	1	3
	VI.	—	0	+	—	+	+	—	±	1	1	2
	VII.	—	—	+	—	±	+	—	+	0	1	1
	VIII.	—	—	+	—	+	+	—	+	0	0	0
	IX.											
	X.											
Σ	0	3	3	0	0	1	1	1	0	9		
Σ	\pm	0	0	0	0	2	0	0	1		3	
T. sp. G.		3	3	0	0	3	1	1	1			12
Latenzgrösse		S = 0.		P = 0.		Sch = 2.		C = 0.				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{9}{3} = 3$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$h_3^0; s_3^0; k_3^0;$
Submanifeste bzw. sublatente:	$p_1^+; d_1^-; m_1^+;$
Wurzel-Faktoren:	$e_0^+; hy_0^-!$

3. Latenzproportionen:

Schp⁺: $\frac{P}{2} : \frac{S}{0} : \frac{C}{0}$

4. Triebklasse:

Schp⁺ quadriaequal

Abb. 44. Fall 27. Bazillophobie, neurotische Hypochondrie

Das will also sagen: In der ersten Phase hemmt die Probandin die inzestuöse Bindung (an den Vater) und hat wegen dieser Bindung Schuld- und Strafangst =

$$\left\{ \begin{array}{l} Sch = - + \\ C = - + \\ P = + - \end{array} \right\}$$

In der zweiten Phase introjizierte sie das Inzestobjekt, an dem sie aber noch hängt =

$$\left\{ \begin{array}{l} k = + \\ C = 0 + \\ - + \end{array} \right\}$$

Die Introjektion des Liebesobjektes, für dessen Leben sie zittert, geschah also *ohne vorhergehende Abtrennung* =

$$m = +, \text{ und nicht } m = -$$

Diese abnorme Introjektion des geliebten und vermutlich auch gehaßten Objektes macht sie hypochondrisch krank.

Auf Grund der Syndromanalyse läßt sich demnach der unbewußte Vorgang, der zu dieser außerordentlich starken Hypochondrie führte, etwa so rekonstruieren:

1. Die Probandin liebte inzestuös den Vater (oder dessen Ersatzobjekt). Sie war von der Inzestliebe besessen und versuchte die Liebe zu verneinen. ($C = - +$, $Sch = - +$).

2. Lebte in der Angst, der Vater könnte sterben. Darum haßte sie auch den Vater, da diese Angst um den Vater für sie fast unerträglich wurde.

3. Sie wehrte nun diese Besessenheit in der Weise ab, daß sie den Vater und die Angst um das Leben des Vaters ihrem eigenen Ich einverleibte, ohne aber sich vom Vater oder von dessen Ersatzobjekt seelisch abgetrennt zu haben ($C = - +$; $m = +!$).

4. Durch diese abnormale Introjektion wurde sie selbst krank, indem sie nun stets in der Bazillenangst lebt, *sie könnte sich anstecken und sterben*. Aus der Krankengeschichte heben wir nur die Momente hervor, die uns über den Ursprung der Krankheit informieren.

Mutter war sehr triebhaft, affektvoll, unlogisch, litt an einer Angst- und Zwangsneurose. *Vater*: konservativ, pedantisch, diszipliniert, versteckte alle Affekte und zeigte nie Zärtlichkeit. Probandin hing am Vater, vergötterte seine Vernunft und haßte die Mutter, die den Vater wie einen Sklaven behandelte und mit der sie stets Streit hatte. Schon als junges Mädchen träumte sie oft davon, wie sie mit dem Vater ohne die Mutter leben möchte. *Verließ der Vater sie nur auf einige Minuten, so bekam sie Angst, er würde nicht zurückkehren*. Sie heiratete auf Wunsch des Vaters, trennte sich aber bald. Der Vater hat sich deswegen von der Tochter seelisch völlig abgetrennt, und ihre Beziehung beschränkte sich nur auf das Finanzielle und auf Befehle. *Probandin fing an, den Vater wegen seiner Strenge zu hassen, aber als er herzkrank wurde, war sie sehr um sein Leben besorgt*. Sie hing noch an einem Mann der Familie, an einem mütterlichen Onkel, dem sie sehr ähnlich sah und mit dem sie als Kleinkind sexuelle Spiele erlebte. *Nun starb dieser Onkel, der also sicher ein Vaterersatz in der Inzestliebe war, an Tuberkulose. Seit der Zeit beginnt ihre Hypochondrie und Bazillophobie*.

Die Identifizierung mit diesem Onkel ging so weit, daß die Probandin zeitweise - genau so wie dieser Onkel - Alkohol in einer Unmenge trank, mit der Begründung, daß sie sich auf diesem Wege auch innerlich desinfiziere.

Der nächste Fall will ein Beispiel für die *psychotische* Form der Hypochondrie darstellen.

Fall 28. P. Sch., 32jähriger Verwaltungsbeamter

(Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen)

Abbildung 45 stellt die zehn Triebprofile und die Tendenzspannungstabelle dar.

Wir geben zuerst die experimentelle Syndromanalyse wörtlich, wie wir sie als «Blindanalyse» der Klinik zugesandt haben.

Syndromanalyse

Testologisch:

1. Auffallend ist die monofaktorielle Quantumspannung im Faktor *hy*, d. h. im Bedürfnis, sich zu verbergen. Das will sagen, der Proband versteckt etwas, oder er zieht sich in eine irrealer Welt zurück. Es ist ein Merkmal von *paroxysmalen* (epileptoiden) und *paranoiden* Menschen.

$$hy = -!$$

2. Das Bild der sensitiven Beziehungsangst gibt er 6mal = Der Gedanke: «Was würde die Welt über ihn sagen, wenn sie wüßte...» beschäftigt ihn. Er hat Angst vor der Meinung der Welt. (Profile II, IV, VI, VII, VIII und X.)

$$p = 0 -!$$

Die Frage ist: Warum versteckt er sich? Was sucht er so hartnäckig vor der Welt zu verbergen? Auf Grund des Testes müssen wir an mehrere Möglichkeiten denken.

Erste Möglichkeit: Er versteckt seine sadomasochistische, abnorme, sexuelle Anlage (Metatropismus?) =

$$s = \pm, + \text{ u. } s = -$$

Zweite Möglichkeit: Er verbirgt seine periodische, anfallsartige orale Süchtigkeit (Trunksucht?)

a) in der Triebformel als Symptom =

$$Sch = \pm -$$

b) das paroxysmale Ich, Profile VI und VIII =

$$\left\{ \begin{array}{l} s = \pm \\ hy = \pm \\ p = \pm \\ d = +, m = 0 \end{array} \right.$$

Dritte Möglichkeit: Vielleicht verbirgt er auch seine latente Triebzielinversion (Bisexualität) =

Als vierte Möglichkeit könnte in Frage kommen, *ob er nicht eine antisoziale Tat begangen habe (Betrug, Unterschlagung) oder eine andersartige Handlung, durch die er schuldig wird (vgl. Tab. XXI, S. 279, V. 5) =*

$$\left\{ \begin{array}{l} Sch = - \pm \\ Sch = \pm - \end{array} \right.$$

Diese Schicksalsmöglichkeiten können die Folgen seiner Triebanlage sein. *Natürlich ist es möglich, daß er all diese «schuldbringenden Taten» nur in der Phantasie erlebt.* Aus dem Experiment können wir nur auf die Möglichkeit einer Tat schließen. Die begangene Tat an sich wird nicht diagnostiziert.

Er könnte demnach I. ein «Anfallkranker» sein, z. B.

- a) ein periodisch Süchtiger;
- b) ein Sadomasochist mit manierterter Haltung;
- c) eine subkriminelle Person;
- d) oder ein latent Bisexueller.

Er könnte aber auch obige Triebstruktur in Form einer *seelischen Erkrankung* zum Vorschein bringen, und zwar:

II. a) periodische *paranoide Depression*. Klasse =

$$\left. \begin{array}{l} Cd+ \\ Pby- \end{array} \right\}$$

b) oder aber eine *paroxysmale Anfallserkrankung*, aber nicht genuiner Natur, sondern als Äquivalente (paroxysmale Psychismen einer Epilepsie) =

$$Pby-; \frac{e^0}{hy-}$$

Gegen eine *schwere Psychose* sprechen:

- a) die Anpassungs- und Dissimulationsstrebungen in den Profilen II, III, IV, IX, X =
- b) die Verdrängung. Profil V =
- c) die Entfremdung. Profile I, VII =

$$\begin{array}{l} Sch = - - \\ Sch = - 0 \\ Sch = - \pm \end{array}$$

Diese Umstände sprechen eher für eine funktionelle Erkrankung oder für eine Charakteranomalie.

Paranoide Züge trägt er dennoch oft =

$$\begin{array}{l} \text{Klasse } Pby- \\ P = 0 - \end{array}$$

a) sensitive Beziehungsangst =

b) *Projektionsbereitschaft* (Beschuldigung, leichte Verfolgungsgedanken mit der Anlage «auszureißen»). Profile VI, VIII =

$$p = -$$

c) die latente Triebzielinversion. Profil I =

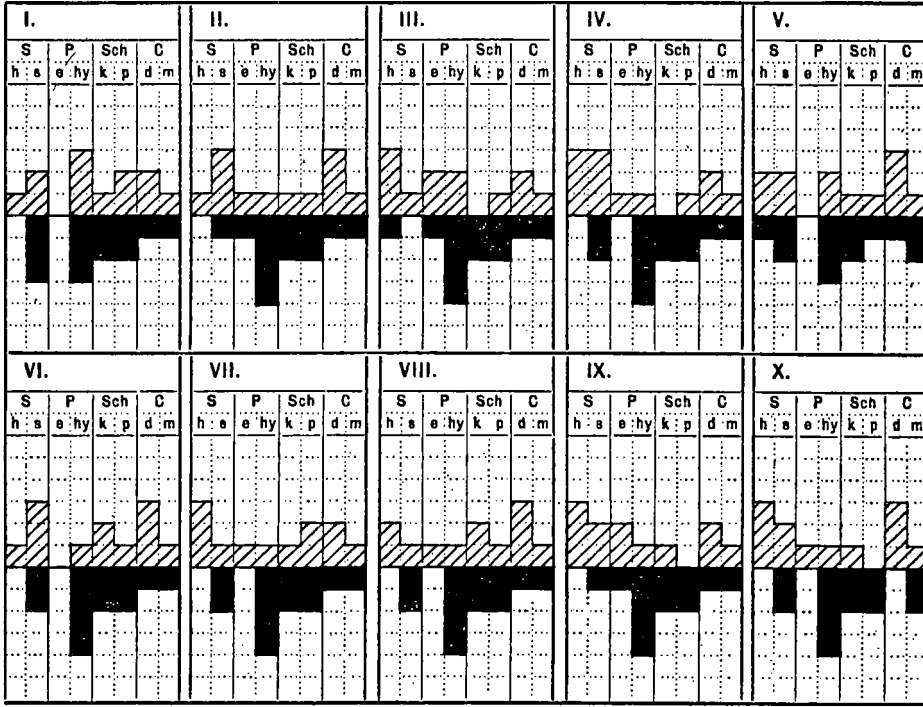
$$\begin{array}{cccc} S & P & Sch & C \\ 0 & \pm & 0 & \pm - \pm + 0 \\ \hline S & & & P \\ + & - & & 0 - 1 \end{array}$$

d) Anlage zu diagonalen Spaltung. Profile VII, VIII =

Fall 28
Heboide Depression,
Schizophrenie

Alter: **32**
Szondi-Test
 Blatt mit zehn Triebprofilen

Beruf: **Verwaltungsbeamter**
Psychotische
Hypochondrie



1949:		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
1.VIII.	I.	0 \pm	0 \pm	- \pm	+ 0	3	3	6
	II.	0 +	0 -!	- -	+ 0	3	0	3
	III.	+ 0	+ \pm !	- -	+ 0	2	1	3
	IV.	+ \pm	0 -!	- -	+ 0	2	1	3
	V.	+ \pm	0 \pm	- 0	+ -	2	2	4
	VI.	0 \pm	0 -!	\pm -	+ 0	3	2	5
	VII.	+ -	0 -!	- \pm	+ 0	2	1	3
	VIII.	+ -	0 -!	\pm -	+ 0	2	1	3
	IX.	+ +	+ -!	- -	+ 0	1	0	1
10.VIII.	X.	+ \pm	0 -!	- -	+ -	1	1	2
	Σ 0	3 1	8 0	0 1	0 8	21		
	Σ \pm	0 5	0 3	2 2	0 0		12	
	T. sp. G.	3 6	8 3	2 3	0 8			33
	Latenzgrösse	S = .3	P = .5	Sch = .1	C = .8			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{21}{12} = 1.7$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$e_8^0; m_8^0; s_8^{+0};$
Submanifeste bzw. sublatente:	$h_3^+; p_3^-; hy_2^-!; k_2^-$
Wurzel-Faktoren:	d_0^+

3. Latenzproportionen:

$\frac{Cd^+}{8} : \frac{Phy^-}{5} : \frac{Sh^+}{3} : \frac{Schk^-}{1}$

4. Triebklasse:

$Cd^+ Phy^-$ biaequal

Abb. 45. Fall 28. Psychotische Hypochondrie, heboide, depressive Schizophrenie.
 32jähriger Verwaltungsbeamter

Das Paranoide in seiner Triebstruktur spielt aber die zweite Geige und wird von dem ständigen Suchen, Depressiven überdeckt =

Klasse Cd+
Formel $\frac{m^0}{d+}$

Die Krankheitserscheinungen tragen einen periodischen, anfallsartigen Charakter =

$\frac{e^0}{by-}$

Als die tiefste Ursache seiner seelischen Anomalie nehmen wir die invertierte Sexualkonstitution an. Dafür sprechen:

$\frac{e^0}{by-}$

a) die Klasse Pby- =

$\frac{e}{d by}$

b) die Bestimmung im Trieblinnäus. Tabelle XIV, S. 272, Rubrik III, Variation 3, Bisexualität =

S		P	
0	±	0	± (-)
+	-	0	-!

c) das Sexual- und Paroxysmalbild. Profile I, VI =
Profile VII, VIII =

C = + 0

d) das Kontaktbild =

s = ±, s = +, s = -

e) der Sadomasochismus =

Er versucht diese bisexuelle Triebstruktur irgendwie zu verbergen =
und mit Zwang abzuwehren =

by = -!

s = ±

In seinem Charakter ist etwas Zwanghaftes. Er lebt in Schuld- und Strafangst (Hypochondrie) =
in sensitiver Form =

by = ±

p = ±

P = 0 -!

Aus dieser ursprünglichen Seelenlage flüchtet er, Profile VI, VIII =
oder er entfremdet sich von der Welt, entweder auf dem Wege eines Suchtanfalles oder auf dem einer asozialen Handlung oder einer Abwesenheit oder einer Depression.

Sch = ± -

Sch = - ±

Alle diese Wege der Flucht vor seinen Triebansprüchen stehen ihm offen. Welchen Weg er in der Tat gewählt hat, können wir auf Grund des Testes genau nicht angeben. Was wir aber durchleuchten können, ist der unsichtbare seelische Vorgang, der ihn zum Psychiater führte.

Wir betonten in diesem Befund folgende Syndrome und Schicksalsmöglichkeiten: I. *Abnorme sexuelle Anlage*; II. *Paroxysmale Symptome*; III. *Paranoide Symptome*; IV. *Depressive Erscheinungen*; V. *Anlage zum «Betrug»*, d. h. «eine schuldbringende Tat, die er nur in der Phantasie erlebt» (siehe Befund); VI. *Schuld- und Strafangst als seelische Grundlage einer Hypochondrie*. Wir prüfen zuerst, ob diese sechs Syndrome in der Krankengeschichte des Patienten eine Bestätigung fanden:

Auszug aus der Krankengeschichte Nr. 1696. Sch. P., 32jähriger Verwaltungsbeamter. Aufnahme: 3. 12. 48. Entlassung: 28. 2. 49. 2. Aufnahme: 13. 6. 49. Entlassung: 1. 10. 49.

Erste Aufnahme

Ad «Patient verbirgt seine abnorme sexuelle Anlage».

«Seine Hoden seien magnetische Felder, von denen ultraviolette Strahlungen ausgingen (S. 1). In der Schule sei ihm gesagt worden, daß er den Marschallstab bei sich trage. Das sei nicht der Verstand, sondern das seien die Hoden. Wenn er sie willensmäßig beeinflussen könne, dann habe er den Marschallstab bei sich (S. 2). Die Hoden seien elektrische Pole, die durch Ultraviolettstrahlen von außen aufgeladen wurden, ohne daß er sagen könne, woher. Die strahlten dann wieder elektrische Strahlen aus. Er selbst liege in einem magnetischen Kraftfeld. Kein Arzt wolle ihm das glauben, wenn er das sage. Er habe aber zu

Hause den Versuch gemacht und wisse es ganz genau; er habe sich z. B. den Penis zu Hause zugebunden, dann Bewegungen wie bei Vögeln gemacht und dann aufgemacht, um nachzusehen, ob etwas gekommen sei. Führt dann diese unkorrigierbaren Dinge noch des weiteren aus (S. 4). Er hielt die Atombombe für ein Analogon einer elektrischen Sicherung. So funktioniere auch das männliche Geschlechtsorgan (S. 18). Er könne sich erst einer Frau sexuell nähern, wenn er ihr Jawort in der Hand habe. Seit zehn Jahren suche er diese Frau. Aber meistens käme ihm etwas dazwischen. Früher habe er sich im Hallenbad regelmäßig abreagiert durch den Sport. Es falle ihm schwer, sich zu kasteien, viel schwerer, als er es auszudrücken vermöge. Er müsse wohl, wenn er entlassen würde, wieder mehr Sport treiben (S. 10).»

Ad «*Paroxysmale Symptome*»:

Hatte als Kind einige Male Krämpfe (S. 1).

«Patient macht einen etwas gereizten Eindruck, verlangt, daß man ihm sage, weshalb er hierhergekommen sei (S. 19). Natürlich habe er früher getobt. Man habe ihn unter ein Ledernetz gesperrt, darin habe er so lange getobt (S. 19), bis er das Bewußtsein verloren habe. Aber er habe nur gegen die Fesseln getobt, die man ihm angelegt habe, bis er das Bewußtsein verloren habe (S. 20). Oft sei er anderer Meinung als der Chef. Wenn die Arbeit dann nach der Anordnung des Chefs durchgeführt würde und schief ginge, dann ärgere es ihn doppelt, daß er nicht fester für seine Meinung eingetreten sei. Das stapete sich dann bei ihm an, und bei einem anderen Mal, wenn wieder eine solche Spannung zwischen ihm und dem Chef entstünde, wäre er stur und dickköpfig und *entlade seinen angestauten Ärger bei einer Sache*, die einen solchen Aufwand gar nicht wert wäre (S. 22).»

Ad «*Paranoide Symptome*»:

«Berichtet von magnetischen Feldern, in denen er sich befinde (S. 1). Ich befinde mich in einem Stadium, wo ich die radioaktiven Strahlen im Gehirn empfangen und wieder sende, deshalb auch die Bezeichnung Todesstrahlen (S. 3). Ich selbst kann hypnotisieren, gelungen ist es mir bei dem Patienten, der alles herausschwätzt, was ich ihm verschlüsselt sende. Steckt voller *paranoider Ideen* und magischer Fernwirkungserlebnisse. Glaube u. a. die Uhr anhalten zu können, wenn man einen Bleistift in die Wand stecke usw. (S. 12).»

Aus der Epikrise

Ein Vetter des Vaters war 1941 wegen reaktiv ausgelöster endogener Depression in der Nervenklinik Tübingen. Vorher sei er wegen manischer Erregungszustände in Göppingen gewesen. Ein weiterer Vetter des Vaters soll ebenfalls vorübergehend depressiv gewesen sein. *Sch. selbst habe als Kind einige Male Krämpfe gehabt*. 1939 wegen eines Erregungszustandes mehrere Monate in der Privatanstalt Kennenburg bei Eßlingen. Sieben Wochen vor der Aufnahme war Sch. plötzlich bei *gedrückter Stimmung* und voller Minderwertigkeitsgefühle, saß untätig auf dem Büro herum. Anfang Dezember 1948 plötzlicher *Umschlag in Erregung*, war dauernd in gehobener Stimmungslage, äußerte *Größenideen* und hatte *illusionäre Verkennungen*. Als er sich in seinem Zimmer verbarrikadierte, wurde er in die Klinik eingewiesen. Hier war er lange Zeit voller unkorrigierbarer *paranoider Ideen*, magischer Fernwirkungserlebnisse und akustischer *Sinnestäuschungen*. Während des Monats Januar standen die gehobene Stimmung, die Größenideen und der Rededrang im Vordergrund. Im Laufe des Februar trat eine Beruhigung ein, so daß Sch. mit Arbeiten in der Bibliothek beauftragt und auf offener Station gehalten werden konnte. Wir nahmen bei Sch. eine *Mischpsychose* an. *Endgültige Diagnose: Paranoide-balluzinatorische Schizophrenie*. Später geändert in *Psychose mit manischen Zügen*.

Ad «*Abnorme Sexualität*»: Auszug aus der Krankengeschichte bei der zweiten Aufnahme.

«Spüre Schmerzen beim Bücken. Das sei aber ganz unwesentlich. Das Schwerwiegendste wird wohl sein, daß er das Onanieren nicht lassen konnte. Schon mit 12–14 Jahren habe er das getan, aber nicht so heftig. 1939 sei er beim Sprung vom 3-m-Brett einige Male auf die Geschlechtsorgane gefallen, und da habe er geglaubt, er müsse diese Partie massieren. Das habe er dann auch getan. *Es sei ein Kamerad bei ihm gewesen, der wegen Nebenbodenentzündung nicht ins Wasser durfte, und da habe Patient das Empfinden gehabt, er sei schuld daran.* Diese Sachen hätten ein gewisses Interesse an den Zusammenhängen der geschlechtlichen Sekretion geweckt, und das habe zu seiner Onaniererei mit beigetragen. Auch die Frage des Heiratens habe mitgespielt, denn er wolle wissen, was die Behaarung zu bedeuten habe. Das fließe alles ineinander über (S. 1). Da er onaniere, könne er nicht mehr leben. *Er fühle sich durch das Onanieren Gott gegenüber schuldig.* Zunächst habe er darum gerungen, aber nicht mit der nötigen Inbrunst. An schwülen Tagen sei es aber dann einfach wieder über ihn gekommen. Auch als er nicht schlafen konnte, meinte er, er müsse sich durch Onanieren Luft machen, aber das habe nicht den Wert gehabt. Allmählich habe er geglaubt, daß Gott ihm nicht mehr vergeben könne (S. 2). Er müsse sich auf die Seite schaffen, daß das Unheil nicht noch größer werde. Bei Nacht seien die Gedanken gekommen, daß er sich umbringen müsse (S. 3). Er glaubte, man würde ihm sein Onanieren ansehen (S. 12).»

Ad «*Betrug*». «*Natürlich ist es möglich, daß er all diese schuldbringenden Taten nur in der Phantasie erlebt*» (siehe Befund).

«Patient sagt: *Er sei ein Schuft und Großverbrecher*, weil er bei der Stadt versagt habe; daß der Stadt 100 000 DM Baukostenzuschüsse verlorengingen. Er wisse nicht, wie es nun weitergehen solle (S. 4). Das beste wäre wohl, wenn man ihm den Kopf abschlagen würde. Er habe solche dumme Geschichten gemacht, daß die Stadt so viel Verlust durch ihn gehabt habe. Läßt sich nicht von seinen Vorstellungen abbringen (S. 6). Habe der Stadt so viele Schulden verursacht (S. 8). Es geht dem Patienten gut. Macht sich wenig Gedanken mehr über die Onanie, das sei ja geschehen, und glaubt nicht mehr daran, daß er der Stadt Reutlingen Geld entzogen hätte. Der Rapport ist gut (S. 11).»

Ad *Schuld- und Strafangst*.

«Die Selbstmordversuche habe er aus Angst vor den Schmerzen aufgegeben. Er sei eine Judasnatur, die keine Reue mehr empfinde (S. 3). Versündigungs- und Schuldideen (S. 4). Er habe sich versündigt und nicht immer an Gott geglaubt. Diese Gedanken kämen immer wieder über ihn (S. 6). Patient steht weiterhin unter dem Eindruck seiner *Schuldgefühle* (S. 8).»

Aus der Epikrise

«Nach seiner Entlassung am 28. 2. 49 aus unserer Klinik, wo er eines paranoid-halluzinatorischen Bildes wegen gelegen war, fühlte er sich zunächst gut. Zu Pfingsten fing er dann wieder in seinem Beruf an, wo er sich aber vom ersten Augenblick an insuffizient fühlte. Glaube, man würde ihm sein Onanieren ansehen. Fühlte sich vor Gott schuldig und stand stark unter der Wirkung von Selbstvorwürfen und Versündigungsideen. Es handelte sich um eine *De-*

pression. Wir behandelten ihn mit mehreren E-Schocks, Veritol und Testoviron und Pyriferr. Patient verhartete zunächst starr in seiner depressiven Haltung. Das psychische Zustandsbild hellte sich auf, nachdem im Anschluß an die Pyriferrkur nochmals ein E-Block gegeben wurde.»

Zusammenfassung nach dem *testologischen* Befund:

«Das Paranoide in seiner Triebstruktur spielt aber die zweite Geige und wird von dem ständigen Depressiven überdeckt.»

Zusammenfassung nach dem klinischen Befund:

1. Aufnahme: *Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie*, (später geändert in:) Psychose mit manischen Zügen.

2. Aufnahme: *Depression*.

*

Der Fall könnte als Paradigma dienen, wie weitgehend eine «blinde» Triebanalyse alle Schicksalsmöglichkeiten eines Menschen, sowohl die vergangenen wie auch die gegenwärtigen, in einer Zehnerserie sichtbar machen kann. Syndromatisch sind im Experiment 1. das Paranoid, 2. das Depressive, 3. die Schuld- und Strafangst (Hypochondrie), 4. die sexuellen Störungen der Gegenwart restlos zum Vorschein gekommen.

Merkwürdig ist aber der Umstand, daß die Triebanalyse die paroxysmalen Anfälle, die sich in der Kindheit manifestiert haben, ebenfalls sichtbar machen konnte, d. h. die derzeit latente Epilepsie. Am meisten beeindruckte uns, daß die Anlage zu einem Betrug, die unser Befund als eine «in der Phantasie erlebte schuldbringende Tat» hervorgehoben hat, nach der Krankengeschichte als «Betrug-Wahnidee» in der Tat vorhanden war. («Er sei ein Schuft, ein Großverbrecher ... Er habe solche dumme Geschichten gemacht, daß die Stadt so viel Verlust, 100 000 DM, durch ihn gehabt habe.»)

Wir wollen hier noch das *psychotische hypochondrische Syndrom* näher analysieren.

Das psychotische projizierte hypochondrische Syndrom erscheint in den

Profilen II, IV, X
 Profil IX
 Profil VI =
 Profil VII =
 Profil V =
 Profil III =

Testologisch:

<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
0	—!	—	—
+	—!	—	—
0	—!	±	—
0	—!	—	±
0	±	—	0
+	±!	—	—

Der Kranke projiziert demnach seine verpönten Sexualansprüche in ein Organ, und dieses hypochondrische Organ wird in psychologischer Form als Wahn und Halluzination objektiviert. Dieses Organ sind die Hoden, die «magnetische Felder» sind, von denen ultraviolette Strahlen ausgingen. (Ein klassisches Beispiel des sogenannten Projektionswahns.) Diese Wahl des hypochondrischen Organs wird unserem Dafürhalten nach von der latenten Homosexualität bedingt. Erst in dieser Beziehung erlangt die Aussage des Patienten einen Sinn: «Es sei ein Kamerad bei ihm gewesen, der wegen Nebenhodenentzündung nicht ins Wasser durfte, und da habe der Patient das Empfinden gehabt, er sei schuld daran. Diese Sachen hätten ein gewisses Interesse an den Zusammenhängen der geschlechtlichen Sekretion geweckt, und das habe zu seiner Onaniererei mit beigetragen.» Die als hypochondrische Organe objektivierten Hoden sind, wie wir sahen, auch die Objekte seiner Projektionen («Magnetische Felder» usw.).

Die Klinik stellte zur Zeit der ersten Aufnahme die Diagnose: «Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie»; später wurde die Diagnose auf «Psychose mit manischen Zügen», nach der zweiten Aufnahme auf «Depression» umgeändert.

Die Triebanalyse erlaubt in diesem Fall auch die Diagnose: heboide, evtl. hebephrene Schizophrenie. Dafür sprechen:

1. Triebklasse $Cd+ Phy^-$;
2. das projektive hypochondrische Syndrom mit Leib-(Hoden-)Halluzinationen;
3. das Sprunghafte im Denken;
4. besonders die paroxysmale Natur des Kranken. In der Kindheit hatte er einige Male Krämpfe (S. 1). Aufstauung und Entladung seiner groben Affekte (S. 22) usw.;
5. die kriminellen Phantasien.

Dieser Fall ist ein Beispiel sowohl für die Psychogenese der psychotischen Hypochondrie wie auch für die hebephrene Form der Schizophrenie, die klinisch oft mit den verschiedensten Diagnosen belegt wird.

III. Das experimentelle Syndrom der Depersonalisation

Personalisation nennt man denjenigen Ton des «Meins», des «Ichs», des «Persönlichen», welcher alle unsere Wahrnehmungen, Empfindungen, Vorstellungen, Gefühle und Gedanken begleitet (JASPERS). Die Personalisationserscheinungen hängen nach unseren Untersuchungen psychologisch mit der *Introjektion* und mit dem JUNGschen Begriff der «Persona» innig zusammen. Verlust des Personalisationstons heißt in der Psychopathologie Depersonalisation.

A. Klinische, subjektive Symptome

1. Dem Depersonalisierten erscheint die Welt *fremd, traumhaft, unheimlich* und *eigentümlich*.
2. Die Gegenstände der Welt erscheinen oft verkleinert, manchmal flach, nicht stereoskopisch. Auch die Klänge kommen aus der Ferne. Die taktilen Eigenschaften der Gegenstände scheinen auch verändert zu sein. (Subjektive Wahrnehmungsstörungen.)
3. Nicht nur die Wahrnehmungen, sondern auch das Gefühlsleben ist gestört. Die Depersonalisierten können weder Lust noch Unlust richtig empfinden. Sie leben in der Wirklichkeit als leblose Automaten, unfähig zu Liebe und Haß. Die Wahrnehmung an sich ist aber objektiv *nicht* gestört. Haltung und Mimik sind verändert.
4. Depersonalisierte erheben von innen her stets Widerspruch gegen ihr eigenes Erleben. Im *Erleben* der äußeren und der inneren Welt sind sie *gestört*.
5. *Gesteigerte Selbstbeobachtung* und *Hypochondrie* sind weitere wichtige Symptome.
6. Die Erscheinung der Depersonalisation kommt *a)* auch in normalen Zuständen (z. B. als Tagträumerci, Eifersucht), besonders bei Veränderung der binnenspsychischen Ichsituation vor, *b)* ferner *vor* und *nach* einer neurotischen oder psychotischen Ichstörung, *c)* besonders bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein.

B. Pathomechanismus nach der Psychoanalyse

1. *Die Person zieht ihre Libido von dem äußeren Erleben ab; das so abgezogene Interesse wird auf bestimmte innere Erlebnisse gerichtet.*

2. Nach dem Abziehen des Interesses (der Libido) vom Erleben der Außenwelt stellt sich im Ich eine Zwiespältigkeit, eine Spaltung ein. Auf diese reagiert die Person mit übertriebener *Selbstbeobachtung*, d. h. hypochondrisch. Das *eine Ich* beobachtet die Haltung, Handlung und die Gedanken *des anderen Ichs*, als ob es ein *fremdes Ich* wäre.

3. Es stellt sich eine *Ambitendenz* ein:

Die *eine* Tendenz sucht die Verbindung mit den Außenwelterlebnissen aufrechtzuerhalten. Sie will trotz der Entfremdung der Außenwelt auf das Wahrnehmen und Erleben der Außenwelt nicht verzichten. Die *andere* Tendenz versucht sich von der Welt, von dem Erleben der Welt, abzuwenden und das Interesse (die Libidobesetzungen) von der Außenwelt abzuziehen.

4. Die Weltentfremdung ist oft ein Vorstadium des *Weltuntergangserlebnisses*, bei dem die *Libidoabziehung eine totale* ist.

5. Jene Organe und Erlebnisgebiete, die schon vorher narzißtisch besetzt waren, scheinen der Entfremdung auf dem Wege der Depersonalisation am leichtesten zu erliegen. (P. SCHILDER.)

C. Experimentelle Syndromatik der Depersonalisation

Vorbemerkung

Depersonalisation heißt: die «Persona», die «Maske» zu verlieren bei gleichzeitiger Steigerung der Selbstbeobachtung.

Persona = Maske = introjektive Identifizierung (H. G. GRABER)¹ mit den Interessen der Umwelt und gleichzeitig mit den eigenen. Darum trägt nach JUNG der Mensch eine «Maske», die ihm ermöglicht, *beiden* Interessen, die oft diametral entgegengesetzt sind (Außenwelt- und Ich-Interessen), zu entsprechen. Durch diese Maske entsteht die Persona.

Persona heißt triebpsychologisch die *Introjektion* der Interessen in dem Sinne, daß die Person die Maske von all denjenigen Eigenschaften und Interessen annimmt, die die Umgebung, die Welt von ihr als Persönlichkeit erwartet.

So kommen die *Berufspersönlichkeiten*, die Berufsmasken, das Berufs-Ich des Arztes, des Pfarrers, des Lehrers, des Bürolisten usw. zustande.

Testologisch wird die *Persona* durch die $k = +$ -Reaktion repräsentiert. Darum hat ja diese die Bedeutungen: Narzißmus, Egoismus, Egozentrität, das *Berufs-Ich* und vor allem *introjektive Identifizierung*.

Verliert also jemand diese Persona, so fehlt die $k = +$ -Reaktion im Test.

Das Fehlen der $k = +$ -Reaktion wird aber *nur* dann merkbar, wenn die Person vorher ein *integriertes Ich*, $Sch = \pm\pm$, hatte. Wenn also jemand im Ich integriert war und plötzlich seine Persona verliert, *dann* können wir testologisch an Depersonalisation denken.

Testologisch heißt demnach Depersonalisation der Vorgang, bei dem die Integration: $Sch = \pm\pm$ sich zu $Sch = -\pm$ reduziert.

Das Fehlen der $k = +$ -Reaktion aus dem sonst nach Integration strebenden Ich kann ein Hinweis auf Depersonalisation sein.

¹ H. G. GRABER nennt die introjektive Identifizierung auch *aktive* und stellt sie der *passiven, projektiven* gegenüber. (Näheres Bd. II.)

Dieses Fehlen allein genügt aber nicht zur Aufstellung der Diagnose des Depersonalisationsphänomens. Nur wenn die Person bei $p = \pm$ -Reaktion der Klasse $Sch k^-$ angehört, dürfen wir an Depersonalisation denken. Das heißt wenn:

1. die Triebformel = $\frac{p \pm}{k^-}$
2. die Klasse = $Sch k^-$ ist und in einer Zehnerserie
3. viele Entfremdungs-Ichbilder = $Sch = - \pm$ vorkommen.

Im Ichbild = $Sch = - \pm$ bedeutet:

- a) $Sch = - +$ = Selbstkontrolle, *Selbstbeobachtung*, «Ich»-Kontrolle,
- b) $p = -$ = Projektion = *Entfremdung*.

Das Fehlen der Reaktion von $k = +$ muß *neben* $Sch = - +$ so gedeutet werden, daß die Person die Brücke zur Wahrnehmungswelt aufgegeben hat. Die Folgen dieser Aufgabe sind:

a) Störungen in den Wahrnehmungen, die aber immer *subjektiver* und nicht objektiver Natur sind; z. B. die Gegenstände der Welt werden flach und klein, die Klänge kommen aus der Ferne usw.

b) Ichliebe oder -haß fehlt; d. h. das Gefühlsleben wird fremd, tot.

c) Die bisherige Persönlichkeit wird wegen Verlustes der Maske *fremd*.

d) Die Projektion kann wegen der gesteigerten Selbstbeobachtung nicht in ihrer eigentlichen Form zustande kommen, sondern in Form der *Entfremdung*.

Entfremdung ist demnach diejenige Form der Projektion, bei der die Selbstbeobachtung überwiegt und bei der die Introjektion fehlt.

Zur Differentialdiagnose dient folgende Zusammenstellung:

I. $Sch = 0 - =$	II. $Sch = + - =$	III. $Sch = - \pm =$
<i>paranoide Projektion:</i>	<i>Introjektion:</i>	<i>Entfremdung:</i>
A-Dualismus, Fehlen der Zweiteit der Welten (Paranoid)	Die psychotische oder fast psychotische Hypochondrie (Schizophrenie, Melancholie)	1. <i>Depersonalisation</i> , 2. <i>Konversionshysterie</i> , 3. <i>Epilepsie</i> .

Die einzelnen Ichfunktionen bedeuten bekanntlich:

$p = -$: Reservoir der unbewußten Regungen, *Projektion*;

$p = +$: a) Vorphase des Wunschbewußtseins, *innere* Wahrnehmung der Strebungen;

b) *inneres, subjektives* Erleben;

c) *Ambitendenz*;

d) *Ichideal (Subjektideal)*;

$p = \pm$: Projektion mit *Ambitendenz* des inneren Erlebens;

$k = +$: a) Vorphase des *äußeren* Wahrnehmungsbewußtseins; *objektives* Erleben;

b) *Introjektion* (Wille), *introjektive* Identifizierung;

c) *Objektideal*

· *Besitzideal*

Maske = Persona

aktive Identifizierung.

$k = +, p = -$: *Introjektion*;

$k = -$: *Verneinung, Desimagination, Entwertung*;

$k = \pm$: *Zwang; Ambivalenz* (teils bejaht, teils verneint).

In obigem Sinne können wir die Ichbilder wie folgt deuten:

Das Ichbild der Integration:

$Sch = \pm \pm =$ objektives Erleben ($k = +$) und subjektives, inneres Erleben sind ausgeglichen ($p = +$). Ein Teil der objektiven Wahrnehmungen wird ausgeschaltet ($k = -$); ein Teil der inneren Erlebnisse ist noch unbewußt ($p = -$).

Das Ichbild der Entfremdung:

$Sch = - \pm =$ *Es fehlt die Verbindung zur Wahrnehmungswelt* ($k = +$ fehlt);

Depersonalisation und Entfremdung { das subjektive Erleben ist da ($p = +$),
aber ambitendent ($p = +$),
die Selbstbeobachtung wirkt stark ($k = -, p = +$) gegen die Projektion ($p = -$).
Ein Teil des Selbsterlebens ist unbewußt ($p = -$).

Auf Grund der experimentellen Triebforschung müssen wir den Vorgang bei der Depersonalisation etwa so zusammenfassen:

a) *Strebung*, das Ich zu integrieren ($Sch = \pm \pm$); z. B. das weibliche Ich ($Sch = 0 \pm$) mit dem männlichen Ich ($Sch = \pm 0$) zusammenzuhalten; alle Gegensätze des Trieblebens im Ich zu lösen, zusammenzuschmelzen.

b) Diese Integrationsarbeit kann die Person auf die Dauer nicht ertragen.

c) Sie hilft sich so, daß sie die «*Ich-Brücke*» zur Wahrnehmungswelt für eine Weile aufgibt; sie *entfremdet* sich der Außenwelt; sie gibt die Persona auf.

d) Die Entfremdung von der Außenwelt bringt es mit sich, daß auch ein Teil des subjektiven Erlebens fremd wird, eben der Teil, welcher vorher narzißtisch in der Persona eine wichtige Rolle spielte.

Es fehlt die Persona, + k , die sich die Projektionen einverleibt.

e) Das Aufgeben der Persona heißt: Aufgeben des *Berufs-Ichs*, daher Arbeitsunfähigkeit.

f) Die Selbstbeobachtung bleibt aber ungestört, ja sie wird stärker, da ja die Eigenliebe (+ k) weggefallen ist. Daher die Hypochondrie.

g) Man kann sagen, daß das Ich aus Müdigkeit oder aus Energieverarmung vorübergehend die Verbindung zur Außenwelt unterbricht, «das Fenster» sich schließt.

h) Hat sich nun das Ich «ausgeruht» oder «ausgetobt» (z. B. bei Schizophrenie oder manisch-depressivem Irresein), so nimmt es die Verbindung mit der Außenwelt wieder auf, die Entfremdung, die Depersonalisation verschwinden. Die Person legt die *Berufsmaske* wieder an und fängt an zu arbeiten.

i) Die alltägliche Form der Depersonalisation ist die *Tagträumerei* und die *Eifersucht*.

Die experimentelle Syndromatik der Depersonalisation gestaltet sich auf Grund der Triebforschung wie folgt:

I. Triebklasse =	Testologisch: $Sch k -$																				
II. Triebformel =	$\frac{p \pm}{k -}$																				
Symptombfaktoren =	$p \pm; d^0; m^0$																				
Wurzelfaktoren =	$k -; s +; b +; by -$																				
III. Die größte Triebgefahr herrscht wegen Ausfalls der Introjektion im Ich, und zwar in Form einer Tritendenz =	$Sch = - \pm$																				
IV. Triebüberdruck in den Faktoren =	$k -; b +; s +; by -$																				
V. Die Mitte gestaltet sich zumeist ähnlich wie bei der Hypochondrie =	<table style="border-collapse: collapse; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">e</td> <td style="padding: 2px 5px;">by</td> <td style="padding: 2px 5px;">k</td> <td style="padding: 2px 5px;">p</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">+</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">±</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">+</td> <td style="padding: 2px 5px;">—!</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">±</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">±</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">—</td> <td style="padding: 2px 5px;">±</td> </tr> </table>	e	by	k	p	+	—	—	±	+	—!	—	±	0	—	—	±	—	—	—	±
e	by	k	p																		
+	—	—	±																		
+	—!	—	±																		
0	—	—	±																		
—	—	—	±																		

VI. *Faktorenverband der Depersonalisation:*

In diesem Faktorenverband ist besonders die Entfremdung ($Sch = - \pm$) und die sensitive Beziehungsangst ($P = 0 -$) pathognostisch =

1	2	3	4	5	6
+	+	0	-	-	±
<i>b</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
Entfremdung					

VII. Die klassische *Ichabwehr* der Depersonalisierten ist die Entfremdung =

$$Sch = - \pm$$

VIII. Besondere *Kontaktstörungen:*

1. Desintegration in der Verbindung mit der Welt =
2. Depressive Bindung =
3. Hypomanische Haltlosigkeit =
4. Totale Ichsperrung =
5. Inzestuöse Beharrung =

$$\begin{array}{l} C = 00 \\ C = + \pm \\ C = 0 - \\ C = - - \\ C = - 0 \\ \quad - + \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} C = 00 \\ C = + \pm \\ C = 0 - \\ C = - - \\ C = - 0 \\ \quad - + \end{array}} \right\}$$

IX. Besondere *Sexualstörungen:*

1. Triebüberdruck =
2. Unitendenz nach Zärtlichkeit =

$$\begin{array}{l} S = +! +! \\ S = +! 0 \end{array}$$

X. Besondere *Affektstörungen:*

1. Sensitive (*paranoide*) Beziehungsangst =
 2. Panische Angst =
 3. Gewissensangst =
- Wichtig ist der Drang, sich zu verstecken =

$$\begin{array}{l} P = 0 - \\ P = - - - \\ P = + - \\ by = - \end{array}$$

Fall 29. 60jähriger Gutsbesitzer

Der 60jährige Gutsbesitzer beklagt sich, er leide seit Jahren an schweren Depressionen. Zeitweise muß er sich viele Wochen lang ins Bett verkriechen, wird völlig unfähig, lebenswichtige Verhandlungen, wie Kontraktunterzeichnungen, auszuführen. Während dieser depressiven Periode wird er am Gutshof von seinen Angestellten, *die alle Lügner sind, bestohlen*. Zur Zeit seiner Krankheit traut er sich nicht einmal in ein Restaurant zu gehen, da ja jeder von seinem Gesicht die Lethargie ablesen kann. Er ist eine «würmige» Gestalt der Menschheit. Kurz vor dieser Periode wurde ihm die ganze Welt, in der er sich bis dahin hastig bewegte, sein Tun und Haben, plötzlich *fremd*. Wie ein Tagträumer lungerte er auf der Straße herum, schaute zu, wie sich die Mitmenschen bewegen, schaffen. Er aber geht und steht unter ihnen wie ein Schatten. Als er endlich dieses Schattenwesen nicht weiter ertragen konnte, zog er sich ins Zimmer, oft ins Bett zurück und lebte viele Wochen hindurch in einer *fremden* Welt. Nach einigen Monaten wird er munter, aktiv, bringt rasend schaffend Gut und Geschäfte in Ordnung, hat aber stets Angst, daß die «Traumphase» zurückkehre. Er kann so nicht weiterleben, er würde sich in die Donau werfen, wenn man ihm nicht helfen kann, oder er läßt sich internieren.

Die Diagnose, mit der dieser Mann des öfteren etikettiert wurde, lautete: *Melancholie mit einem Einschlag ins Paranoide*.

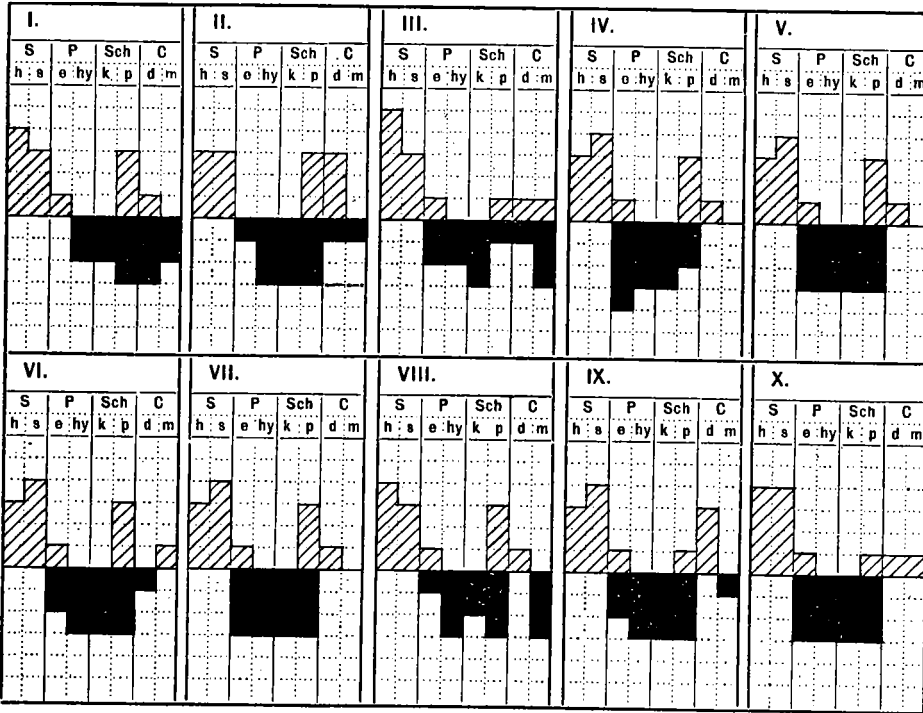
Der Mann gab in der Zehnerserie die Triebprofile: Abb. 46.

Der Kranke gibt also in zehn Ichbildern 7mal das Bild der Entfremdung: $Sch = - \pm$ (Profile I, II, IV, V, VI, VII und VIII). Warum entfremdet sich dieser Mann zeitweise der Welt? Auf diese Frage kann die Komplementmethode zumeist die klarste Antwort geben. Es lohnt sich also, auf Grund der theoretischen Komplementprofile die Gegensätzlichkeiten zu analysieren. Zur Triebgegensatzanalyse können wir von den sieben Triebprofilen der Entfremdung

Depersonalisation

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1939		S	P	Sch	C	Σ	Σ'	Σ''
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	±	0 u. ±
2.V.	I.	+ +	0 -	- ±	- -	1	1	2
	II.	+ +	0 -	- ±	+ 0	2	1	3
	III.	+ +	- -	- 0	0 -	2	0	2
	IV.	+ +	-	- ±	0 0	2	1	3
	V.	+ +	- -	- ±	0 0	2	1	3
	VI.	+ +	- -	- ±	0 0	2	1	3
	VII.	+ +	- -	- ±	0 0	2	1	3
	VIII.	+ +	0 -	- ±	0 -	2	1	3
	IX.	+ +	- -	- -	+ 0	1	0	1
12.V.	X.	+ +	- -	- -	0 0	2	0	2
	Σ 0	0 0	3 0	0 1	7 7	18		
	Σ ±	0 0	0 0	0 7	0 0		7	
	T. sp. G.	0 0	3 0	0 8	7 7			25
	Latenzgröße	S = 0	P = .3	Sch = 8	C = 0			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma' 0}{\Sigma' \pm} = \frac{18}{7} = 2.5$

2. Triebformel:

Symptomatische:	P_8^+ ; d_7^0 ; m_7^0
Submanifeste bzw. sublatente:	e_3^0
Wurzel-Faktoren:	k_0^- ; hy_0^- ; h_0^+ ; s_0^+

3. Latenzproportionen:

Schk- : Phy- : C : S
 8 : 3 : 0 : 0

4. Triebklasse:

Schk- triaequal

Abb. 46. Fall 29. Depersonalisation. 60jähriger Gutsbesitzer

ein beliebiges auswählen. Wir wollen aber alle sieben Profile mit der Komplementmethode prüfen.

Gegensatzanalyse des ersten Profils

	S		P		Sch		C	
1. Das totale Gegensatzprofil	±	±	±	±	±	±	±	±
2. Das in der Tat gegebene I. Triebprofil (V. G. P.)	+!	+	0	-	-	±	-	-
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Th. K. P.)	-!	-	±	+	+	0	+	+

a) Analyse des Vorgängers (V. G. P. I)

- | | |
|--|-----------|
| 1. Der Mann sperrt sich von der Welt völlig ab; totale Kontaktsperre = | C = - - - |
| 2. Staut im Sexus die weibliche Liebe auf = | S = +! + |
| 3. Lebt in sensitiver, paranoider Beziehungsangst: «Was würden die Menschen sagen, wenn sie wüßten, wie ich bin» = | P = 0 - |
| 4. Sein Ich entfremdet sich von der Wahrnehmungswelt = | Sch = - ± |

Die Overture-Aufnahme gibt demnach das treueste Bild von seiner aktuellen Seelenlage.

Wir fragen: Warum diese Entfremdung und Kontaktsperre?

Die Antwort wird «sichtbar» in dem theoretisch zu erwartenden Komplementprofil, d. h. durch die Analyse seines Hintergängers.

b) Analyse des Hintergängers (Th. K. P. I)

Der Vordermann entfremdet:

- | | |
|--|---|
| 1. die Annahme = | $\left\{ \begin{array}{l} k = + \\ p = 0 \\ d = + \\ m = + \\ S = -! - \\ P = - + \\ P = \pm + \end{array} \right.$ |
| 2. seiner kindlichen Perversion, und zwar den Bemächtigungsdrang = | |
| die Analität = | |
| die Oralität = | |
| 3. die Verdrängung und Sublimierung der normalen Sexualität = | |
| 4. er entfremdet ferner die Kainansprüche = | |
| die er gutmachen möchte = | |

Dieses Triebstück der kindlichen Sexualität sollte er annehmen, aber der Mann im Vordergrund entfremdet es. Er kann das Stück Trieb der analen und oralen Bemächtigung nicht annehmen. Das entfremdete Triebstück ist also anale und orale Perversion der Kindheit.

*

Nehmen wir jetzt zur Analyse der Triebgegensätzlichkeiten das zweite Profil.

Gegensatzanalyse des zweiten Profils

	S		P		Sch		C	
1. Das totale Gegensatzprofil	±	±	±	±	±	±	±	±
2. Das in der Tat gegebene II. Profil (V. G. P.) . . .	+	+	0	-	-	±	+	0
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Th. K. P.)	-	-	±	+	+	0	-	±

a) Analyse des Vorgängers (V. G. P. II)

Die kindlichen polymorph-perversen Ansprüche, von denen der Vorgänger besessen ist =

- werden vom Ich des Vordermannes verneint =
 die Person versucht, sich an die Realität anzupassen =
 sie lebt aber in einer sensitiven Beziehungsangst =
 und versucht die polymorph-perversen Triebkomponenten unter dem Primat der Genitalien zu verschränken =

$$\left\{ \begin{array}{l} p = + \\ d = +, m = 0 \\ k = - \\ k = -, p = + \\ P = 0 - \\ S = + + \end{array} \right.$$

Wir sehen demnach, daß der Proband im zweiten wirklichen Profil die polymorphen Perversionen in der Tat besitzt, sie aber ablehnt. Nun fragt man sich:

Wozu dient hier die Analyse des Ergänzungsprofils? Sie ist nicht überflüssig, denn sie enthüllt zwei neue Ansprüche der Hintergrundperson aus der frühkindlichen Vergangenheit.

b) Die *Analyse des Hintergängers* enthält:

1. die starke Inzestbindung an einen Elternteil, von dem er aber abgetrennt wurde =
 2. die Tatsache, daß er diese inzestuöse Sexualität unterdrücken oder sublimieren mußte =
- Die Reaktionen des Hintermannes bedeuten, daß in der Frühkindheit der Analmasochismus zuerst angenommen, später aber aus dem Wunschbewußtsein geräumt wurde =

$$\left\{ \begin{array}{l} C = - \pm \\ m = - \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} C = - \pm \\ S = - - \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} s = - \\ d = - \\ k = + \\ p = 0 \end{array} \right.$$

Das zweite Ergänzungsprofil weist also darauf hin, daß unser Gutsbesitzer in der Kindheit den Analmasochismus in inzestuöser Form vielleicht erlebt hatte, doch diesen Anspruch entfremden mußte.

Gegensatzanalyse des vierten Profils

	S	P	Sch	C
1. Das totale Gegensatzprofil	\pm	\pm	\pm	\pm
2. Das in der Tat gegebene IV. Profil (V. G. P.) ...	$+$	$+$	$-!$	0
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Tb. K. P.)	$-$	$-!$	$+$	\pm

a) *Analyse des Vordergängers (V. G. P. IV)*

Im wirklichen Profil (Nr. IV) zeigt sich klar

1. die *panische Angst* vor der Aggression im Sexus =

$$\left\{ \begin{array}{l} P = -! - \\ s = +! \end{array} \right.$$

2. die kindliche orale und anale Perversion =

$$\left. \begin{array}{l} p = + \\ d = 0 \\ m = 0 \end{array} \right\}$$

3. welche aber durch Anpassungsversuche vernichtet wird =

$$k = -$$

4. Man kann sagen: Das Ich des Vordermannes entfremdet die Perversionsansprüche, und zwar sowohl den Oralsadismus wie auch den Analsadismus =

$$\left\{ \begin{array}{l} Sch = - \pm \\ m = 0, s = +! \\ d = 0, s = +! \end{array} \right.$$

b) *Analyse des Hintergängers (Tb. K. P. IV)*

Das vierte Komplementprofil ergänzt unsere Kenntnisse über den Hintergänger in folgenden Richtungen:

Im Hintergrund seiner Seele lebt der Wunsch

1. ein humanisierter Kulturmensch zu werden =
2. seine Menschengüte zur Schau zu tragen =
3. seine Ichliebe im Beruf zu befriedigen =
4. auf dem Wege der Sublimation von den Kontaktschwierigkeiten mit der Welt freizuwerden =

$$\begin{array}{l} S = - - -! \\ P = +! + \\ Sch = + 0 \end{array}$$

$$C = \pm \pm$$

Dieses Ergänzungsprofil ist darum interessant, weil dieser Mann in seiner Krankheit in der Tat oft darüber phantasiert hat, er würde ein Sanatorium für Geistesranke gründen, wo er als Direktor und Mitarbeiter der Ärzte fungieren könnte. Man sieht klar, wie der Hintermann die Zukunftspläne des Vordermannes zu bedingen vermag.

Im weiteren Verlauf der Serienuntersuchung wiederholt der Patient das IV. Profil stereotyp in der V., VI. und VII. Aufnahme. Die entsprechenden Ergänzungsprofile sind demnach mit dem des IV. Profils gleich zu deuten.

Es bleibt uns nur noch die Analyse des Ergänzungsprofils des im Versuch gegebenen VIII. Triebprofils.

Gegensatzanalyse des achten Profils

	S		P		Sch		C	
1. Das totale Gegensatzprofil =	±	±	±	±	±	±	±	±
2. Das in der Tat gegebene VIII. Profil (V. G. P.) =	+!	+	0	-	-	±	0	-
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Tb. K. P.) =	-!	-	±	+	+	0	±	+

Wenn wir dieses achte Ergänzungsprofil mit dem ersten vergleichen, dann wird die Gleichheit beider Ergänzungsprofile ersichtlich.

Der Unterschied besteht nur im Kontaktvektor, indem anstelle von C = + + hier im achten Komplementprofil C = ± + steht, also der Analmasochismus =

Der Analmasochismus hat hier einen inzestuösen Charakter =

Die entfremdete Perversionsanlage ist die gleiche wie in den vorangehenden Komplementprofilen =

$$\begin{cases} s = -, d = \pm \\ d = \pm, m = + \\ p = 0 \\ d = \pm \\ m = + \\ k = + \end{cases}$$

Der Hintergänger nimmt die Perversion an =

Wir haben also in diesem Fall von «Melancholie» siebenmal die Abwehrreaktion der Entfremdung (Sch = - ±) experimentell festgestellt und versucht, in jedem einzelnen Profil mit Hilfe der Komplementmethode das sichtbar zu machen, *was der Proband nicht annehmen kann.*

Alle sieben Ergänzungsprofile bestätigten einstimmig den gleichen Anspruch der hintergründigen Person. Wir müssen demnach die Triebstruktur der Hintergrundperson wie folgt rekonstruieren:

1. Der Mann verbirgt im *Hintergrund* seiner Triebseele ein kindliches polymorph-perverses Triebstück.

2. Die Teilkomponenten dieses hintergründigen Triebstückes sind:

- a) passiver Analmasochismus,
- b) mit Bindung an ein inzestuöses Objekt (Vater oder Bruder),
- c) ferner Exhibitionismus bei gleichzeitiger Unterdrückung der normalen Sexualität.

3. Proband möchte in der Gegenwart für diese Ansprüche in der Außenwelt — wahrscheinlich ebenfalls in inzestuöser Form — ein Objekt suchen, d. h. die frühinfantilen Triebregungen hinausverlegen.

4. Die Selbstkontrolle ist aber zu stark, und so muß er die Hinausverlegung des Analmasochismus und des Exhibitionismus hemmen.

5. Die Folge ist, daß er die Wahrnehmungsbrücke nach außen absperrt. So kommt die Entfremdung zustande.

*

Die von der experimentellen Triebforschung aufgestellte Tatbestanddiagnose bezüglich des abgespaltenen und im Hintergrund zurückgehaltenen Triebstückes wurde in der Psychoanalyse dieses Mannes bestätigt. Die wichtigsten Ergebnisse seiner Analyse kann ich wie folgt zusammenfassen:

Als jüngstes Kind einer kinderreichen Familie hing er sehr an der Mutter, die eine narzißtische, wunderschöne Frau war, umworben von einer Schar von Männern, denen sie sich fast ohne Wahl hingab. Sie lebte sexuell frei wie ein Mann und exhibierte mit ihren Eroberungen ohne Hemmung, sogar vor den eigenen Kindern. Unser Proband war von dieser Mutter und von ihren Erfolgen entzückt. Er wollte so sein wie die Mutter.

Als er fünf Jahre alt war, starb plötzlich die Mutter infolge einer Abtreibung. Der Junge blieb vereinsamt und todunglücklich im Kreise seiner älteren Geschwister zurück. Weder die Brüder noch der Vater kümmerten sich um den Jungen. Der Vater heiratete bald zum zweiten Male, und so wuchs seine Verlassenheit in der Familie. Im achten Lebensjahr erlitt er ein Sexualtrauma, das sein künftiges Triebschicksal bestimmte. Einer seiner älteren Brüder, ein wirklicher Sadist, begehrte den zarten, timiden, mädchenhaft schönen Probanden und begann mit ihm einen anal-oralen Sexualverkehr, in dem unser Proband die *masochistische* Rolle spielte. Diese analmasochistische Sexualbeziehung mit dem Bruder dauerte viele Jahre hindurch. (*Sie war also in der Tat inzestuöser Natur.*) Erst am Ende der Pubertät entstehen Haß und Wut gegenüber diesem brutalen Bruder. Er verläßt die Familie und lebt fortan allein. Es ist unglaublich, mit was für einer glücklichen Hand er sich sehr rasch ein Vermögen verschaffte. Er wurde später der reichste Grundbesitzer seiner Gegend.

Vor Frauen zog er sich aber völlig zurück. Als man ihn einmal auf die ganz besondere Schönheit einer seiner Hausmägde aufmerksam machte, begann er mit dieser Magd ein Verhältnis, die ihm dann zwei illegitime Kinder gebar, einen Sohn und eine Tochter. Die Beziehung wurde dann abgebrochen. Seither hat er mit Frauen *nie mehr* Verkehr gehabt. Unser Proband übernahm die Mutterrolle bei den Kindern, und diese befriedigte ihn einstweilen völlig. Er wurde eine übertriebene «Erzieherin» der Kinder. Bei Tag und bei Nacht spionierte er nach Onanie. Als er später ein Kinderfräulein anzustellen gezwungen war, beschuldigte er es, mit dem Sohn Unzucht zu treiben. Als er einen Mann für den Sohn als Diener angestellt hatte, beschuldigte er diesen, mit dem Sohn sexuell verkehrt zu haben. Jahre verbrachte er mit dieser Spionage, die natürlich aus der *Projektion seiner eigenen homosexuellen Ansprüche* stammte. In der Analyse bestätigten die Träume, daß diese Projektionen Ersatzbildungen des eigenen Anspruches, mit dem Sohn in die gleiche analsadistische, inzestuöse Sexualbindung zu treten, in der er als Kind mit dem Bruder stand, waren. Die Rolle, die er in der Phantasie spielte, war einmal die sadistische (Identifizierung mit dem Bruder), ein andermal die masochistische Fixierung an seine eigenen Jugenderlebnisse.

Alle seine Sorgen konzentrierten sich auf die sexuelle Gesundheit des Sohnes, der schon sehr früh die Symptome einer Neurose aufwies. Auf Rat eines Kinderpsychologen entschloß er sich endlich, den Sohn ins Ausland und dort in Psychoanalyse zu schicken.

Seit dieser Zeit häufen sich bei ihm die Phasen der Entfremdungen und der Depressionen. Die Psychoanalyse erreichte zwar, daß er später seine Depressionen besser ertrug. Seinen paranoiden, mißtrauischen, jeden mit Homosexualität beschuldigenden Charakter konnte man aber nicht umbauen. Seine sensitive Beziehungsangst, seine Entfremdungszustände sind zwar seltener geworden, aber sie verschwanden nicht.

Es müssen noch zwei Tatsachen erwähnt werden:

erstens die, daß der Mann während der Analyse anale Onanie (mit einer Kerze) begonnen hat;

zweitens, daß ein Vetter von ihm, ein Arzt, mit einem Mediziner jahrelang einen gemeinsamen Haushalt führte. Dieser Arzt litt an Zwangsgedanken hypochondrischer Natur und mußte später wegen paranoider Schizophrenie interniert werden.

Die Analyse der Triebgegensätzlichkeiten hat demnach die seelischen Vorgänge des Unbewußten völlig erhellt. Die Ergebnisse der Psychoanalyse und die der experimentellen Triebgegensatzanalyse decken sich völlig.

*

Nun müssen wir noch in diesem Fall die Syndromanalyse der Depersonalisation durchführen.

Syndromanalyse

Folgende Ergebnisse erlauben die Annahme einer Depersonalisation:

- | | |
|---|--------------------------|
| I. Die <i>Triebklasse</i> :
mit einer hohen Latenzgröße = | $\frac{\text{Schk}-}{8}$ |
| II. Die <i>Triebformel</i> , in der als Symptomfaktor =
als Wurzelfaktor =
figuriert. | $\frac{p\pm}{k-}$ |
| III. Die <i>Triebgefahr</i> im Ich entsteht durch Ausfall der Introjektion in
den Profilen I, II, IV, V, VI, VII, VIII | $\text{Sch} = - \pm$ |

IV. <i>Triebüberdruck</i> besonders in den Faktoren =	$b = +! \quad s = +! \quad e = -!$																		
V. Die klassische Mitte: Profile I, II, VIII = Profile III, IV, V, VI, VII =	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>e</td> <td>hy</td> <td>k</td> <td>p</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>\pm</td> </tr> <tr> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>\pm</td> </tr> </table>	e	hy	k	p	0	—	—	\pm	—	—	—	0	—	—	—	\pm		
e	hy	k	p																
0	—	—	\pm																
—	—	—	0																
—	—	—	\pm																
VI. Spezieller <i>Faktorenverband</i> der Depersonalisation in den Profilen I, II, VIII = Eine Variation des Faktorenverbandes in den Profilen III, IV, V, VI, VII =	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>+</td> <td>0</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>\pm</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>s</td> <td>e</td> <td>hy</td> <td>k</td> <td>p</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">mit $e = -$</p>	1	2	3	4	5	6	+	+	0	—	—	\pm	b	s	e	hy	k	p
1	2	3	4	5	6														
+	+	0	—	—	\pm														
b	s	e	hy	k	p														
VII. Spezielle <i>Ichabwehr</i> der Entfremdung in den Profilen I, II, IV, V, VI, VII, VIII =	$Sch = - \pm$																		
VIII. Besondere <i>Kontaktstörungen</i> : 1. Völlige Desintegration in der Verbindung mit der Welt, Profile: IV, V, VI, VII, X = 2. Kontaktsperre, Profil I = 3. Hypomanische Reaktion, Profil III =	$C = 0 \quad 0$ $C = - - -$ $C = 0 - -$																		
IX. Besondere <i>Sexualstörungen</i> : <i>Triebüberdruck</i> im Sexus in 9 Triebprofilen =	$S = +! +$ $\quad + +!$ $\quad +! +!$																		
X. Besondere <i>Affektstörungen</i> : 1. Sensitive Beziehungsangst, Profile I, II, VIII = 2. Panische Triebangst, Profile III, IV, V, VI, VII, IX, X =	$P = 0 - -$ $P = - - -$																		

IV. Syndromatik des manisch-depressiven Irreseins

I. Klinische Symptomenkomplexe der Melancholie und Manie

Seit KRAEPELIN und WEYGANDT¹ die Gegensatzkomponenten des manisch-depressiven Irreseins festgelegt haben, hat sich auf diesem Forschungsgebiet kaum etwas verändert.

Die Gegensätzlichkeiten in den Symptomenkomplexen der Manie und Depression werden heute noch wie vor 50 Jahren in allen Fachbüchern in dem nämlichen Sinne dargestellt:

Gegensätzlichkeiten	Depression	Manie
I. <i>GemütsEinstellung</i>	<i>Traurigkeit.</i> (Unlust, Trostlosigkeit.)	<i>Heiterkeit.</i> (Unmotivierte Lust am Leben, Witzigkeit.)
II. <i>Assoziativer Denkprozeß</i>	<i>Denkhemmung.</i> (Verarmung alles seelischen Geschchens.)	<i>Ideenflucht.</i> (Verworrene, oberflächliche Vermehrung der Assoziationen.)
III. <i>Zentrifugale Funktionen, Psychomotilität</i>	<i>Hemmung</i> der Bewegungen, des Handelns, des Entschließens. (Tätigkeitshemmung, Leistungsunfähigkeit, Regungslosigkeit usw.)	<i>Erleichterung</i> und Erregung der Psychomotilität. Betätigungs-, Bewegungs-, Rededrang. (Logorrhöe, «Wortsalat» usw.)

¹ WEYGANDT, W.: a) Atlas und Grundriß der Psychiatric. Lehmanns Mediz. Handatlaten. Bd. XXVII. München 1902.

b) Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. 1899.

Wir lassen das klinische Bild des manisch-depressiven Irreseins vom Kranken selber darstellen. Die 32jährige Patientin schreibt:

Klinisches Bild einer manisch-depressiven Affektpsychose, diesmal vom Kranken aus gesehen

«I. *Depressiver Zustand*: Auslöser meist eine Liebes- oder Freundschaftsenttäuschung, ein Verbot, mich zu verloben, da Objekt zu jung, zu alt, zu primitiv usw. ist. Zustand: quälende Selbstvorwürfe, Selbsterfleischung, entsetzliche Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Beklemmungen, Herzklopfen im Rücken, besonders nachts, völlige Schlaflosigkeit. Aufwachen scheußlich, mit Kopfweh im Nacken und über den Augen, manchmal eine Art neuralgischer Schmerzen, welche sich von der Schläfe zum Haaransatz in der Mitte der Stirne hinziehen. Außerdem völlige Apathie, eine Müdigkeit, ein Erschöpfungszustand, eine Erschlagenheit, Unlustgefühle, Appetitlosigkeit, das Gefühl, häßlich zu sein (für eine sonst nicht häßlich wirkende Frau, welche sogar manchmal gefällt, recht peinlich); dann Nichts-sich-selbst-gönnen-Wollen (Blumen, Schokolade usw., die man von Bekannten kriegt, lösen eher Tränen aus denn Freude).

Überhaupt gibt es nichts, was einen so richtig freut, kein Kino, keine Musik, man versucht nur bei einem Gespräch Interesse zu heucheln, aber ist so apathisch, daß man sich auch nie beklagt, nur heimlich seufzt, denn weinen kann man nicht mehr, dazu ist man schon zu verzweifelt und sozusagen zu Stein erstarrt. Lage im Bett, auf einem Stuhl: verkrampft, unnatürlich, linksch; unsicher im Benahmen und schüchtern, gehemmt, gedämpftes Sprechen, meist sogar stumm. Absolute Unfähigkeit zu irgendeiner Beschäftigung, zu Sport, Klavierspielen, Maschinenschreiben, sogar Tanz. Interesslosigkeit, Flucht in die Lektüre. Am wohlsten ist man im Bett, fürchterliche, qualvolle Anstrengung beim Waschen, Aufstehen, Anziehen, Kämmen, Schminken, Nagelpflege usw., zum Spazieren, geschweige denn Skifahren, Schwimmen usw. (Sonst leidenschaftlich betriebene Sporte.) Dazu sind die Minderwertigkeitsgefühle zu stark. Gräßliche Hemmungen, keinen Menschen sehen wollen, *allein sein wollen*, wie ein wundes Tier sich verkriechen, das Leben *abweisen*, obschon keine Selbstmordgedanken, sich selber zur Qual, zum Ärgernis sein, *sich verachten, sich zum lebendigen Vorwurf* sein. Manchmal starkes Schlafbedürfnis, Einschlafen meistens nach Mitternacht, dann Dösen oft bis 9 Uhr oder gar 9½ Uhr, aber völliges ‚Unausgeschlafensein‘ trotz 5–6stündigem Schlaf durch Mittel. Schaler Geschmack im Munde, Magen- und Kopfschmerzen, schlechte Verdauung. Unfähigkeit, Briefe zu schreiben, zu stricken, da Gedanken zu unerquicklich. Seine wahre Natur nicht mehr erkennen; was ist nun Ich, die manische oder depressive? Unerfindlich, da nie Zwischenstadium. Sich einsam fühlen und *abgedichtet nach außen wie durch eine Glaswand*, unbeteteiligt an Freundinnenschicksal, völlige Kontaktlosigkeit, Menschen, Tieren und der Natur gegenüber abgestumpft, kraft- und saftlos, wie leblos, reaktionsunfähig, statt wie sonst lebhaft und sprühend. Nicht aus sich herausgehen können trotz bestem Willen. Arbeitsunfähigkeit und sich deshalb krank und unnütz vorkommen usw.

II. *Manischer Zustand*: Übergangsloses Aufwachen, sich tatendurstig, frisch und munter fühlend, sofort ‚Schreibitis‘; oft psychischer Auslöser unbestimmt, meist eine freudige oder auch traurige Emotion. Gefühle: überschwenglich. Plätscherndes Reden über nichts. *Menschenhunger*, Interesse für alles. Freude am Sport, Spazieren, Einkaufen, Unzählige-Briefe-Schreiben, Klavier-, Bridge- und Schachspielen. Dem Leben rosig-mutig entgegensehen, Kritiklosigkeit sich und andern gegenüber. Ansprechen im Zug von wildfremden Menschen. Erfolg bei jung und alt, Mann und Frau, oft viel älteren oder auch ganz jungen Menschen. Rastlosigkeit, Unruhe, Nervosität, Zappeligkeit; manchmal zittern mir die Hände, es muß immer etwas laufen, andauernde Bewegung, Perpetuum mobile, Lust an Tanz, Rhythmik, Konzerten, Theater, Oper und Operetten usw. Radio, Grammophon immer in Betrieb (falls nicht zwangsweise abgestellt). *Heißhunger* geistig und körperlich. Freude an Fremdsprachen, sich in Sachen mischen, von denen man nicht genügend weiß, z. B. Schreiben von religiös-philosophischen, politischen Artikeln (welche man dann gerne veröffentlichten möchte zur Selbstbestätigung). Geltungsbedürfnis. Freude am Übersetzen von einer Fremdsprache in die andere, auch schwere Themen psychiatrischer, pädagogischer Natur. *Unbeständig in Liebe und Freundschaft, hingegen im Grunde der Seele treu und deshalb unter dieser Unbeständigkeit leidend*. Sehr intensiv und leidenschaftlich, falls ein Liebesverhältnis zustande kommt, dann sofort Liebe auf den ersten Blick, Verlobung, Heiratsabsichten usw. Eventuell Flucht, sei es auch nicht immer nach Hause zu Papa, sondern nur zu befreundeten Nachbarn. Benahmen selbstbewußt, oft eitell, sich selbst überschätzen und plötzlich gut aussehend finden, nicht mehr häßlich; eine Art von Charme und Hilfsbereitschaft andern Menschen gegenüber. *Schenkwut*: Kleider, Schmuck, Geld, Schuhe usw. Unausgeglichen, cholertisch (oft bis zum Zerstören von Glas, Porzellan usw.). Lautes, überlautes Sprechen und Lachen, Klavierspielen, Singen, Geheimnisse auskramen aus seinem eigenen Leid oder Freud und auch evtl. Tratsch über andere (z. B. diese Dame färbt ihr Haar usw.). Freude an

gewagten, nicht ganz salonfähigen Witzten und kindischen Streichen und Spielen, wie Scharaden, Fensterhinausklettern, um 6 Uhr früh im Sommer gärtnern, bei 7 Grad schwimmen usw. Auf Reisen ganz unmöglich, da laut, auffallend geschminkt, redselig, Gesprächspartner suchend oder auf Gespräche anderer Leute eingehend beim geringsten Versuch dazu. *Unglaublich leichter Kontakt*, besonders mit fröhlichen Menschen. Immer das Gefühl haben, andern Menschen etwas zu sein, sie zu verstehen, z. B. Besuche alter Damen in Altersheimen, soziale Fürsorgetätigkeit (soweit sie überhaupt gestattet wird in diesem Zustand, Militärdienst usw.). Da Kontakt leicht hergestellt ist, selbst mit einfachen Leuten (Arbeiterinnen usw.), sind sogar alte Damen oft begeistert und gelöst; eine sonst mürrische Frau wurde im Beisein von Zeugen völlig verwandelt, liebenswürdig und freundlich, sich um die Freundschaft von Patienten bemühend usw. Unermüdlichkeit. Gewaltmärsche von sechs bis acht Stunden, ohne wesentlich zu ermüden. Schlaf mit Mitteln etwas besser als in der Depression. Selbstvertrauen, das Gefühl haben, daß man mit seiner mobilen Intelligenz rasch irgend etwas auffassen, lernen, sich bilden kann. Unbegrenzter Wissensdurst, Sensationshunger, starkes religiöses Empfinden, als Protestantin sich zur katholischen Kirche hingezogen fühlend, ein Altarbild oder Kruzifix verehren, eine Madonna. Freude an Musik, Malerei, Literatur, an allem Schönen. Leicht beeindruckt und übersensibel Kriegseindrücken, grausigen Bildern aus K.-Z. usw. gegenüber. *Völliges inneres Ausgeben, Sich-Ausleben*, überbesorgt um Papas Gesundheitszustand, um Freundinnen-schicksal usw. *Erstaunliche Macht gegenüber dem anderen Geschlecht*, nicht zum Schaden des andern mißbraucht, eher zum eigenen. Leichtgläubigkeit und deswegen oft von andern finanziell ausgenutzt, auch als Frau. Impulsive, oft sogar uneigennützig Handlungsweise möglich. Gespräche unterbrechen, an sich ziehen, sich zum Mittelpunkt machen, auffallen wollen, Drang nach Bestätigung meiner Qualitäten, Überkompensierung des Minderwertigkeitskomplexes...» Zu dieser Selbstdarstellung müssen wir noch folgendes hinzufügen:

Andere Symptome, die bei dem manisch-depressiven Irresein auftreten, wie Wahnbildungen, Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Zwangserrscheinungen, Depersonalisationen usw., werden in den Fachbüchern als «akzessorische» Symptome aufgefaßt, als ob diese «hinzutretenden» Erscheinungen nebensächliche, minder wichtige Vorgänge im Zustandekommen des zirkulären Irreseins wären.

Jeder Autor betont, daß bei der Melancholie relativ häufig Depersonalisationserscheinungen, massenhafte Körpersensationen, hypochondrische Verarmungs-, Versündigungs-, Beziehungswahnideen, bei der Manie Überschätzungs-, Größen-, evtl. Verfolgungswahnideen vorkommen.

Da aber diese andersartigen Symptome ohne Fixiertheit erscheinen, werden sie als akzessorisch, als minder wichtig betrachtet und bewertet. Sie sollen nicht zum Wesen des manisch-depressiven Irreseins gehören.

Im Laufe der Erörterung der experimentellen Syndromatik dieser Erkrankung werden wir zu beweisen versuchen, wie weitgehend die klinische Psychiatrie durch die monodimensionale, nur die Verstimmungsverschiebungen beachtende Einstellung sich über das seelische Wesen des manisch-depressiven Irreseins in die Irre führen ließ.

Man hat sich diese Art der Psychosen etwa so vorgestellt, als ob bei ihr das klinische Erscheinungsbild — genau so wie bei der Schizophrenie — nicht durch eine besondere unbewußte Ichstörung zustande käme, d. h. durch eine Ichveränderung, die im Lichte der Tiefenpsychologie als Folge der Abwehrtätigkeit des Ichs gegenüber besonderen Triebregungen aufzufassen ist.

Die Ichstörungen bei dem manisch-depressiven Irresein sind — so dachte man — akzessorisch, denn allein die Stimmungsveränderungen sind für die Krankheit wichtig und wesentlich.

2. Das manisch-depressive Irresein im Lichte der Psychoanalyse

Das Wesen der Melancholie versuchte FREUD durch die Vergleichung mit dem Normal-effekt der Trauer zu erhellern^{1,2}. Seine Erörterungen beziehen sich nur auf Fälle, deren psychogene Natur keinem Zweifel unterlag. Nach FREUD ist Trauer «die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion, wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.». Es gibt Menschen mit einer krankhaften Disposition, die auf den nämlichen Verlust nicht mit einer Trauer, sondern mit einer Melancholie reagieren. Alle Symptome der Melancholie – ausgenommen die Störung des Selbstgefühls, also die Ichstörung – kann man bei der nichtkrankhaften Trauer auffinden. Die schmerzliche Stimmung, der Verlust des Interesses für die Außenwelt, «soweit sie nicht an den Verstorbenen mahnt», ferner die Unfähigkeit, ein neues Liebesobjekt zu wählen, d. h. das verlorene Objekt durch ein neues zu ersetzen, sind die alltäglichen Züge auch der Trauer. Die Trauerarbeit besteht nun nach FREUD darin, daß die trauerbeladene Person alle Libido aus ihren Bindungen an das verlorene Objekt abzuziehen versucht, nachdem ihr die Realitätsprüfung gezeigt hat, daß das Liebesobjekt nicht mehr bestehe. Etwas in dem Menschen sträubt sich aber stets gegen die Abziehung der Libido, so daß es vorkommen kann, daß sich die Person eher von der Realität abwendet und das in der Wirklichkeit verlorene Objekt im Wunsch festhält (halluzinatorische Wunschpsychose). Die gesunde Person aber löst sich mit der Zeit von dem verlorenen Objekt doch ab, sie wird wieder frei und ungehemmt.

Die Analyse von Melancholikern zeigte eine ähnliche Seelensituation.

Das Liebesobjekt – sei es eine Person oder ein Ideal – muß aber nicht etwa durch den realen Tod verlorengegangen sein. Oft erfaßt der Melancholiker selbst nicht klar, *was er eigentlich verloren hat*.

FREUD neigt zu der Auffassung, die Melancholie sei irgendwie auf einen dem Bewußtsein entzogenen Objektverlust zu beziehen. Bei der Trauer dagegen ist das, was man verloren hat, stets bewußt. Für die Hemmung der Melancholiker sei – ähnlich wie bei der Trauer – die innere Arbeit verantwortlich, nur bezieht sich hier dieser seelische Vorgang auf einen unbewußten Verlust. Bei dieser inneren Verarbeitung des unbewußten Verlustes fällt aber doch ein wichtiger Unterschied auf. *Während bei der normalen Trauer die Umwelt leer und arm empfunden wird, verarmt bei der Melancholie nicht die Welt, sondern das eigene Ich. Die Ichleere, die Ichverarmung, entpuppt sich in den Selbstbeschimpfungen, Selbstentwertungen, in den moralischen Verwerflichkeitsäußerungen über die eigene Person, ferner in der Leistungsunfähigkeit der Melancholiker*. Kurz: in der Melancholie stellt sich ein Kleinheitswahn ein. Das Ich der Melancholiker wird von der inneren Arbeit völlig aufgezehrt, und der Melancholiker hat – nach FREUD – schon recht, wenn er sich kleinlich, egoistisch, unaufrichtig, unselbständig darstellt. Er benimmt sich in seiner Selbsterniedrigung doch nicht ganz so «wie ein normalerweise von Reue und Selbstvorwurf Zerknirschter». Er findet in der Bloßstellung eine Befriedigung. Es gibt demnach einen Widerspruch im Benehmen aller Melancholiker. Es scheint, als ob sie den Verlust des Liebesobjektes erlitten hätten, aus ihren Selbstbeschuldigungen geht aber der Verlust ihres Ichs hervor.

Von dieser merkwürdigen Art der Ichstörung in der Melancholie behauptet FREUD, daß sich hier eine Spaltung im Ich einstelle. Ein Teil des Ichs stellt sich dem andern überkritisch, ja sogar verwerfend, erniedrigend gegenüber. Die kritikausübende Instanz des Ichs nennt FREUD Über-Ich, dessen eine Funktion das *Gewissen* darstellt. Diese Ich-Instanz erkrankt bei der Melancholie; dieser erkrankte Ichteil ist für die Selbsterniedrigungen, Selbstbeschuldigungen, die der Realität nicht entsprechen, verantwortlich. Bei der Analyse dieser Selbstanklagen mußte FREUD feststellen, daß die stärksten unter ihnen nicht der Person des Sichanklagenden, sondern eben dem einmal geliebten, aber verlorenen Objekt angehören. *Die Selbstvorwürfe der Melancholiker sind nach FREUD Vorwürfe gegen ein Liebesobjekt, «die von diesem Weg auf die eigene Person gewälzt sind»*. FREUD meint, daß ihre Klagen eigentlich Anklagen sind. Sie schämen und verbürgen sich nicht, «weil alles Herabsetzende, was sie von sich aussagen, im Grunde von einem anderen gesagt wird...».

Auf Grund der Psychoanalyse kann man nun den unbewußten seelischen Vorgang, der zum Krankheitsbild der Melancholie führt, in folgenden Schritten rekonstruieren³:

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.

¹ FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Ges. Schr., Bd. V, S. 535 ff.

² ABRAHAM: Zentralblatt f. Psychoanalyse, II, 6, 1912.

³ FENICHEL, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge and Kegan, London 1946, S. 387 ff.

3. Auf diese Erschütterung reagiert aber der Melancholiker nicht normal. Eine gesunde Person zieht in einer ähnlichen Situation ihre Libido von dem Objekt ab und sucht sich ein neues Objekt, welches ihr für die Unterbringung der Liebe eine größere Aussicht verspricht. Der Melancholiker reagiert aber auf die Enttäuschung krankhaft. Er zieht die Libido von dem Objekt ab, verschiebt sie aber nicht auf ein neugewähltes Objekt, *sondern zieht die Libido ins Ich zurück. Die ins Ich zurückgezogene, d. h. wieder narzißtisch gewordene Libido wird zu einer Identifizierung des Ichs mit dem aufgegebenen Objekt verwendet.* So wird auf diesem Wege aus dem Objektverlust ein Ichverlust, aus der Objektanklage eine Ichanklage, aus dem Konflikt der Person mit dem Objekt ein Konflikt zwischen Über-Ich (Ichkritik) und Ich, welches nun durch die Identifizierung Träger der früher das Objekt anklagenden Eigenschaften wird.

Das wäre nun der psychische Weg, den der Melancholiker bei der inneren Verarbeitung des unbewußten Verlustes zu gehen hat.

4. Worin besteht aber die besondere seelische Disposition der Melancholiker, auf eine Kränkung so krankhaft zu reagieren? FREUD stützt sich auf eine trefende 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 zurück, wenn sie mit dem narzißtisch gewählten Liebesobjekt Schwierigkeiten erleben.

5. Die Identifizierung mit dem Liebesobjekt hat demnach bei der Melancholie einen narzißtischen Charakter. *Die narzißtische Identifizierung tritt an die Stelle der Liebesbesetzung.* Die Folge davon ist, daß die Person — trotz dem Konflikt — die Liebesbeziehung zu dem geliebten Objekt doch nicht völlig aufgeben muß.

FREUD nennt *narzißtische Affektionen* diejenigen 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 in dem Heilungsvorgang die narzißtische Identifizierung aufgedeckt hat ¹.

6. Wie kommt aber die Wendung gegen die eigene Person seelisch zustande? Der Melancholiker hat zwar unbewußt das Liebesobjekt aufgegeben, aber die Liebe zum Objekt bleibt unversehrt, betätigt sich aber in Haßliebe. Er klagt das Liebesobjekt an, er 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 aber 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 gewendete 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. Die Mordimpulse wendet der Melancholiker auf sich zurück. Die narzißtische Regression

¹ Internat. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse, II, 1914 (zit. nach FREUD).

hat zwar das Haß-Liebes-Objekt aufgehoben, aber das einverleibte Haßobjekt überwältigt nun das eigene Ich und will es töten.

7. Verarmungsangst und -wahnideen hängen mit der Analerotik oder mit dem Analsadismus, der sich nun gegen sie wendet, innig zusammen. (Daher auch der Meteorismus bei der Melancholie.)

Das Krankheitsbild der Melancholie besteht demnach in der Auffassung der Psychoanalyse aus folgenden Bestandteilen:

1. aus Zügen einer Trauer;
2. aus Symptomen einer Regression auf die Stufe des Urnarzißmus;
3. aus Symptomen eines Ambivalenzkonflikts: Haß-Liebe;
4. aus Symptomen einer Regression auf die sadistische und anale Entwicklungsstufe.

Über die Tiefenpsychologie der *Manie* äußert sich FREUD in 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 (S. 548). Die Überwindung des Über-Ichs hat die Hemmungslosigkeit, den Bewegungs- und Tätigkeitsdrang und an erster Stelle die Heiterkeit und die Selbstüberschätzung zur Folge.

3. Das Ich muß also in der Manie den Objektverlust überwunden haben. Der Manische hat sich von dem Objekt losgerissen, er ist frei.

*

Es war für uns eine erregende Angelegenheit, die FREUDSche Auffassung über die Tiefenpsychologie der Melancholie und Manie auf dem Wege der experimentellen Triebforschung zu überprüfen. Eine Mitarbeiterin von mir, Frau ILLYÉS-KOZMUTZA, hatte über ein Jahr in einer staatlichen Heil- und Pflegeanstalt (Budapest) nur manisch-depressive Kranke in den verschiedenen Stimmungslagen getestet. Auf Grund dieser Untersuchungen konnten wir folgendes experimentelles Syndrom für die Melancholie und die Manie empirisch aufstellen.

3. Das experimentelle Syndrom der Melancholie und Manie

Der experimentelle Faktorenverband der Melancholie

Für zirkuläre Psychotiker in der melancholischen Phase fanden wir folgenden experimentellen Faktorenverband pathognostisch:

Triebfaktorenverband der Melancholie

$d = + \}$
 $b = + \}$
 $m = \pm (-)$
 $e = -$
 $hy = +$
 $k = + \}$
 $p = - \}$
 $s = -$

Die leitenden Faktorenreaktionen bei dem depressiven Syndrom sind:

1	2	3	4	5
+	±	+	+	—
<i>d</i>	<i>m</i>	<i>b</i>	<i>k</i>	<i>s</i>

Triebpsychologische Bedeutung der Faktorenreaktionen:

1. $d = +$, $b = +$: *Der Melancholiker sucht stets nach Liebe und Zärtlichkeit, die er aber nicht finden kann.* (Die Faktorenreaktionen d und b werden in der melancholischen Phase fast nie 0, also nie befriedigt; hingegen beginnt die Manie eben mit der Reaktion $d = 0$.) Warum kann aber der Melancholiker kein neues Objekt für seine Liebesansprüche finden? Die Analyse der weiteren Faktorenreaktionen gibt folgende Antwort:

2. $m = \pm$: Er befindet sich in einer unglücklichen *Ambivalenzbindung* zum alten Objekt. Das heißt: er kann das alte Objekt nicht aufgeben, da er trotz dem Wunsch, es loszuwerden ($m = -$), noch immer an ihm hängt ($m = +$). (Erst in der Manie wird er das Objekt los: $m = -$).

3. $e = -$, $hy = +$: ist *der Wunsch Kains nach Mord und Totschlag*. Hier, im unbewußten Affektleben, entpuppt sich demnach nicht nur die Ambitendenz, sondern auch der Haß und Zorn, die Wut und Rache, die der Melancholiker dem Objekt gegenüber aufstaut. Der Melancholiker liebt und haßt also das alte Objekt, von dem er sich nicht trennen kann. Diese Ambivalenzbindung ist die tiefste seelische Ursache, warum er kein neues Objekt zur Liebesbesetzung finden kann, trotzdem er sich stets nach Liebe sehnt ($+ d$, $+ b$).

4. $k = +$: 1. *Narzißmus, Egoismus.*
2. *Introjektion, aktive Identifizierung.*

Das will also sagen: Die Ambivalenz in der Bindung ($m = \pm$) stammt von dem Narzißmus der Person, oder umgekehrt: die Person regrediert auf die Stufe des Urnarzißmus, weil sie den Ambivalenzkonflikt in der Bindung nicht weiter zu ertragen vermag.

Die Reaktion $k = +$ bedeutet aber als Abwehrmechanismus die Einverleibung des Liebes- und Haßobjektes. Der Umstand, daß Melancholiker im Affektbild häufiger die Kainreaktion geben, ist ein Grund, anzunehmen, daß *der Melancholiker das Objekt, an das er ambivalent gebunden war, in einer Haßphase introjiziert hat.* Anders ausgedrückt: *der Melancholiker identifiziert sich mit dem Haßobjekt.* Die Folge der Introjektion des Haßobjektes ist: Er haßt sich selbst und wendet seine groben Affekte — wie Haß, Wut, Zorn und Rache — nach der Introjektion gegen seine eigene Person.

5. Die $s = -$ -Reaktion unterstreicht mit Betonung diese Haltung, da ja diese Reaktion die *Wendung des Sadismus gegen die eigene Person* bedeutet.

Der Faktorenverband $m = \pm$
 $e = -$
 $hy = +$ enthält also folgenden unbewußten Vorgang:
 $k = +$
 $s = -$

Die Person liebt und haßt das alte Objekt; sie ist in eine peinliche Ambivalenzbindung geraten. Wegen des ursprünglichen Narzißmus kann sie das Objekt nicht wirklich lieben, doch ist sie unfähig, es loszuwerden. Sie zieht die Liebe ab, introjiziert das Haßobjekt und wird wieder narzißtisch. Da sie aber das Haßobjekt dem Ich einverleibt hat, haßt sie sich selbst und wendet den Sadismus, die Wut, den Haß und die Rache gegen die eigene Person.

Die Bedeutung der Ichreaktion ist die folgende:

6. $k = +$, $p = -$: 1. *das autistische, narzißtische Ich*;
2. *Introprojektion*.

Der Melancholiker macht demnach von dem autistischen Abwehrmechanismus «Introprojektion» Gebrauch. Ein Ergebnis, welches schon von dem Psychoanalytiker J. HARNIK¹ behauptet wurde.

Die Introprojektion als Abwehr wird besonders von zwei Krankheitsstypen benützt:

1. Schizophrenie, 2. Melancholie, von den zwei Krankheitsarten also, die FREUD unter dem Titel «narzißtische Affektionen» zusammengefaßt hat.

Der seelische Vorgang der Introprojektion bedeutet:

1. $p = -$: *Allmachtprojektion*;
2. $k = +$: *narzißtische Einverleibung dieser Allmachtsansprüche*.

Man kann uns hier folgende Einwendung machen: Wie kann bei der Melancholie, bei der klinisch eben Hemmung und Kleinheitswahn vorherrschen, von Allmacht gesprochen werden? Unsere Antwort ist die: Die aus dem Unbewußten hinausverlegten und dem Ich einverleibten Allmachtsansprüche sind bei der Melancholie genau so vorhanden wie bei der simplen autistischen Schizophrenie. *Nur Richtung und Inhalt dieser Allmachtsansprüche sind bei den zwei autistischen Erkrankungen verschieden*. Der Schizophrene kann die Allmacht Gottes, des Kaisers, Führers usw. annehmen und sich einverleiben, da er ja diese Objekte in der Tat liebt und sich mit ihnen in positiver Richtung identifiziert hat. Anders aber der Melancholiker. Ursprünglich möchte der narzißtisch veranlagte Melancholiker auch eine göttliche Allmacht über die Person, an die er gebunden ist, ausüben. Dies aber geht nicht, weil das narzißtisch gewählte Objekt selbst ein Narzißt ist und nach Allmacht strebt. Die Ambivalenz der Bindung bei Melancholie nährt sich demnach aus zwei Quellen: 1. aus dem Narzißmus und 2. aus dem Allmachtsanspruch bei *beiden* Partnern der Bindung.

Nun fängt die Person an, den Partner zu hassen. Aus Allmachtstliebe wird Allmachtshaß, der sich zum Mordwunsch steigern kann. Und nun werden Allmachtshaß und Mordwunsch dem eigenen Ich einverleibt. Die Folge ist, daß der Allmachtswunsch nach der Introjektion einen Inhaltswechsel erleiden muß. Die Allmacht manifestiert sich *nach* der Introjektion des Haßobjektes als «*Allschuld*». Die Person trägt fortan die Schuld für alles Böse in der Welt. So daß Krieg ist, daß jemand krank wurde, gestorben ist oder getötet wurde. *Schuld für alles, was Böses in der Welt geschieht, zu tragen, ist aber genau so eine Manifestationsform der autistischen Allmacht als die Macht, die Welt als König oder Gott zu regieren. In diesem Punkt zeigt demnach der Melancholiker die nämliche Ichstörung wie der einfache autistische Schizophrene*.

Die experimentelle Triebforschung, die an internierten Melancholikern durchgeführt wurde, hat demnach die Auffassung FREUDS über die Tiefenpsychologie der Melancholie restlos bestätigt. Die von FREUD betonten Schritte beim seelischen Zustandekommen der Melancholie haben wir experimentell aufgewiesen.

¹ HARNIK, J.: Introjection and Projection in the Mechanism of Depression. Int. Journ. of Psa. XIII. 1932.

1. Ambitendenz in der Objektbindung =
2. Anklage des Objektes mit Haß und Mordwunsch =
3. Identifizierung mit dem Haßobjekt und Regression auf die Stufe des Narzißmus =
4. Wendung des Sadismus gegen die eigene Person =

$$\begin{aligned}
 m &= \pm \\
 p &= - + \text{ (Kain)} \\
 k &= + \\
 s &= -
 \end{aligned}$$

Unsere Untersuchungen ergänzen die FREUDSche Auffassung in zwei Richtungen:

1. Der Melancholiker sucht stets weiter nach Liebe und Zärtlichkeit, kann aber wegen der Introjektionsstörung und der Bindungsambivalenz kein neues Objekt finden =

$$\begin{cases}
 d = + \\
 b = + \\
 Sch = + -
 \end{cases}$$

2. Der Melancholiker erkrankt an der Allmacht-Introprojektion =

Aus dieser Triebforschung erhellt das völlig Neue in der Pathogenese der Melancholie: *die autistische Ichstörung*. (Weiteres siehe Psychologie des manisch-depressiven Irreseins.)

4. Der experimentelle Faktorenverband der Manie

Für den manischen Zustand fanden wir nachfolgenden Triebfaktorenverband charakteristisch:

Triebfaktorenverband der Manie

$ \begin{aligned} m &= - \\ d &= 0 \\ k &= -! \text{ (-!!)} \\ p &= - \\ s &= +! \text{ (+!!)} \\ h &= + \\ e &= + \\ by &= - \end{aligned} $	Die wichtigsten Faktorenreaktionen:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="text-align: center;">—!</td> <td style="text-align: center;">+!</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">k</td> <td style="text-align: center;">s</td> </tr> </table>	1	2	3	4	0	—	—!	+!	d	m	k	s
1	2	3	4											
0	—	—!	+!											
d	m	k	s											
	$C = 0 -$													
	Haltlosigkeit	Entwertung	Aggression											

Bedeutung dieser Triebfaktorenreaktionen

1. $m = -$: *völlige Abtrennung, absolutes Freisein von jeglicher Bindung*. Der Maniker hat also den Objektverlust völlig überwunden. Er hat sich frei gelöst, aber nicht nur vom Objekt, sondern von allen Banden, die ihn an die Wertobjekte der Welt gebunden haben.

2. $d = 0$: a) *Haschen und Hasten*; b) *Inkontinenz im Suchen*; c) *Verlust des Wertmaßstabes*.

Der Manische kann das Suchbedürfnis schon befriedigen, aber er befriedigt es wie ein inkontinentes Kind. Das will sagen: Er hascht und hastet nach allem, was er sieht. Alles, was ihm von der Umwelt als Lustquelle angeboten wird, ergreift er sofort, da er das Bedürfnis nicht aufzustauen vermag. Dieses «Sofort» der Befriedigung ist krankhaft. Der manische Mensch hat die Fähigkeit völlig verloren, ein Bedürfnis, für dessen Befriedigung er ein Objekt zu suchen hat, in sich aufzustauen. Er ist im Suchen inkontinent geworden ($d = 0$).

Die Reaktion $d = 0$ hat noch eine andere Bedeutung: den *Verlust des Wertmaßstabes*. Die manische Person hascht also nach Objekten, ohne irgendeinen Wertmaßstab zu haben. Sie greift nach allem, ohne vorher das Objekt auf seinen Wert geprüft zu haben. (Vgl. später das Kapitel über Haltlosigkeit und Sucht.)

Warum hat aber der Manische den Wertmaßstab für die Weltobjekte verloren? Die Frage beantwortet uns die Reaktion:

3. $k = -!$: *Entwertung aller Werte; Desimagination = ikonoklastische Stellungnahme den Idealen gegenüber.*

In der Manie entwertet demnach die Person alle Objektideale, denen sie in der melancholischen Phase in übertriebenem Maße gedient hat. Dort gibt die Person die Ichreaktion $+k$. Wir deuteten sie als Identifizierung mit dem Haßobjekt. Der Melancholiker haßt sich, weil das introjizierte Bild des Liebesobjektes ein «Haßbild» war. Dieses zwingt den Melancholiker, sich zu beschuldigen, zu erniedrigen, kleinzumachen. *Dieses Haßidealbild wird in der Manie völlig entwertet, destruiert ($k = -!$).* Der Maniker entwertet, zerstört und destruiert das Bild, das der Melancholiker von dem Haßobjekt in seinem Ich getragen hat und von dem er sich so schmerzlich plagen ließ. *Aus der idealaufbauenden (ikonoplastischen) Phase der Melancholie ($+k$) gerät der Manische in die idealzerstörende (ikonoklastische) Phase ($k = -!$).*

4. $s = +!!$: a) *Gesteigerte Aktivität; b) gesteigerter Allosadismus.*

Die Aktivitätshemmung, die Selbstsabotage, die Wendung des Sadismus gegen die eigene Person der Melancholiker entlarvt sich im Triebtest durch die Reaktion $s = -$. Nun dreht die Person in der Manie auch diese Reaktion in das Gegenteil um. Aus $s = -$ wird plötzlich $s = +!!$. Die Folge dieser seelischen Wandlung ist der *Aktivitätsdrang, Bewegungs-, Rededrang, sexuelle Angriffsdrang der Manischen.*

5. $e = +$, $hy = -$: der Abel.

Bezeichnend für die Wandlung der Affektlage in der Manie ist ferner die Umwandlung der Reaktion des Kains ($P = - +$) in die des Abels ($P = + -$). Da der Manische das Haßobjekt als Ideal abgebaut und entwertet hat, kann er sich schon erlauben, *zu sich selber gut zu sein.* Gegenüber anderen aber kann er aggressiv sein.

*

Die experimentellen Triebforschungen bei der Manie bestätigen demnach die psychoanalytische Auffassung in zwei Punkten:

1. daß die Person in der Manie den Objektverlust überwunden und sich von dem Objekt freigelöst hat =

$m = -$

2. daß die Manie einen Triumph über das Über-Ich darstellt =

$k = -!$

Das Ich bewältigt den melancholischen Komplex, und zwar durch die Entwertung, durch die Desimagination.

5. Triebpsychologie des manisch-depressiven Irreseins

Auf Grund der FREUDSchen Theorie und unserer *experimentellen Triebforschung* steht nun der seelische Vorgang des manisch-depressiven Irreseins in folgender Weise 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 Ichanlage wählen sie ihre Liebesobjekte narzißtisch. Der gewählte Partner strebt genau so nach Allmacht über den Partner 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 Bindungen an die Welt. Es stellen sich schwere *Ambivalenzkonflikte* ein.

4. Der Ambivalenzkonflikt macht aus der sowieso 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, und zwar darum, weil *sie sich des Partners nicht völlig bemächtigen kann*. Sie möchte ihn am liebsten loswerden.

5. Und nun stellt sich aus irgendeinem äußeren Umstand der reale oder vermeintliche Verlust des Objektes in der Tat ein. Auf den Verlust reagiert die Person — ihrer krankhaften narzißtischen Allmachts-Ichstruktur entsprechend — krankhaft. Sie ist stets auf der Suche nach einem neuen Objekt, kann aber kein neues finden, da sie ja das alte nicht verlassen kann, weil sie sich mit ihm identifiziert hat.

6. Die krankhafte Ichreaktion auf den realen oder vermeintlichen Verlust besteht darin, daß *die Person das Haßobjekt sich einverleibt*. Die Introjektion geschieht in einer *Haßphase*. Die Introjektion des Haßobjektes bringt mit sich, daß die Person fortan sich selbst haßt, erniedrigt, beschuldigt. Aus der Person, die bisher das Objekt angeklagt hat, wird nun ein sich stets beklagendes und anklagendes, selbstbeschuldigendes Individuum, aus der allosadistischen eine autosadistische Person, die nicht mehr das Objekt, sondern sich selbst zu zerstören sucht. *Diese Wendung gegen die eigene Person ist aber die Folge der krankhaften Identifizierung mit dem Haßobjekt*. So quält sich nun die Person monatelang fürchterlich, schmerzlich ab. Und nun stellt sich plötzlich die 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 hat. Aus der krankhaft gesteigerten idealaufbauenden, ikonoplastischen Ichfunktion ($k = + !$) wird plötzlich eine genau so krankhafte idealzerstörende, ikonoklastische Stellungnahme des Ichs ($k = - !$).

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 also die Feststellung, daß *manisch-depressive Kranke nicht primär Stimmungsranke, sondern in der Identifizierung erkrankte, also ichgestörte Personen sind*. Die bisher an erster Stelle betonte Stimmungsanomalie des manisch-depressiven Irreseins ist nur die Folgeerscheinung einer schweren, besonderen Ichstörung. *Diese Ichstörung und nicht die Verstimmung ist das Kernsymptom im Krankheitsbild der Melancholie und Manie*.

Die Ichstörung in der melancholischen Phase besteht in einer krankhaften Form der Introjektion.

a) Erstens introjiziert die Person das Objekt in einer Phase, in der sie noch an dem Objekt hängt (Ambivalenzbindung). Unsere Triebforschungen haben aber bewiesen, daß eine Introjektion nur dann in gesunder Weise sich 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.* (Vgl. hierzu Band II, Introjektion.)

b) 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.*

c) *Die Ichstörung in der Manie* besteht in der Abwehrart der *Entwertung aller Werte*, also in der Desimagination und Destruktion. Während beim Gesunden die Idealbilder im Laufe der Entwicklung nur «reduziert» werden ($k = -$ ohne Triebüberdruck), geht der Manische weit über die gesunden Grenzen der Idealreduktion hinaus. Er hat den Drang, alle Besitzideale kaputtzuschlagen, alle Werte — die idealen und realen — völlig zu entwerten. *Die Reduktion der Idealwerte entartet in der Manie zu einer völligen Destruktion aller Werte der Wertobjekte.*

Eben diese krankhafte Abwehrart des Konfliktes in der Manie zwang uns, in der «Experimentellen Triebdiagnostik» den manischen seelischen Vorgang in folgender Weise zu beschreiben:

Wir legen in der Psychologie des Manischwerdens 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 anstelle der in der Depression gesteigerten Idealfunktion das *Unvermögen zur Idealfunktion* ein. Dieses Geschehnis wird im Experiment dadurch sichtbar gemacht, daß 1. die während der Depression fast ständige *positive k-Reaktion* plötzlich *negativ*, 2. die *negative s-Reaktion* hingegen *positiv* wird. Damit beginnt die Phase der Manie. Die Umwendung des Faktors *s* von Masochismus in Sadismus 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 schon völlig abgetrennt ist? 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.

Drei Momente, und zwar 1. das plötzliche Bewußtwerden des vergeblichen Weitersuchens, 2. die Unfähigkeit zur Idealbildung, 3. das plötzliche Aufhören mit dem Suchen eines bestimmten Objektes auf Grund eines Idealbildes und statt dessen das rastlose Haschen, das nutzlose Hinundhergreifen, sind diejenigen seelischen Geschehnisse, welche die hypomanische Reaktion hervorrufen und charakterisieren. Vom lustvollen, hedonistischen Triumphieren ist bei der Manie nichts 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 sofort zur Seite, weil sie wissen, daß jedes Objekt für sie schon wertlos geworden ist. Ihre Heiterkeit ist keine echte Lustigkeit. Sie sind die traurigsten Geschöpfe der Erde. Wer einmal in die Augen eines manischen Menschen tief hineingeschaut hat, der wird uns recht geben, wenn wir behaupten, daß 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 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, die Reaktion $p = +$, liefert, zeitigt der Manische vorübergehend doch Ichbilder mit dem Zeichen der Bewußtwerdung. (Zum Beispiel : $Sch = - +$ oder $- \pm$ usw.)

Nur hilft dem Manischen dieses Bewußtmachen nicht viel. Erstens weil die bewußtgemachten Strebungen *wieder unbewußtgemacht werden*. Zweitens weil der Manische 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, der k-Funktion. Das manisch-depressive Irresein fußt auf der Störung der Egosystole, die sich auf eine primäre Kontaktanomalie einstellt.*

Zum Schluß bemerken wir noch folgendes: 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 war, nur so abgekürzt, daß sie klinisch nicht feststellbar ist. Im Triebversuch sehen wir aber auch in den nicht reinen Fällen fast stets Ansätze der klinisch ausgefallenen Phase.

Tabelle 38 stellt die vollständige Syndromatik des manisch-depressiven Irreseins dar.

Bei der Vergleichung der Syndromatik der Schizophrenieformen mit den zwei Phasen des zirkulären Irreseins fällt auf, daß *die Syndromatik des Paranoiden mit der der Melancholie, die der Manie mit der der Katatonie in einigen Punkten triebpsychologisch wichtige Übereinstimmungen zeigen.*

Die Melancholie und die paranoide Schizophrenie neigen beide zur diagonalen Spaltung der Triebgegensätzlichkeiten und zur Wendung gegen die eigene Person (Autosadismus). Die Manie und die Katatonie zeigen die nämliche Abwehrart in Form der Entwertung ($k = - !$), der Manische mit Projektion ($Sch = - ! -$), der Katatone mit Räumung des Bewußtseins (Verdrängung $Sch = - ! 0$). Sowohl Katatone wie auch Manische wenden die Aggression nach außen (Allosadismus: $s = + !$). *Der ausschlaggebende Unterschied meldet sich aber stets im Kontakt.* Während der Paranoide im Kontakt eher die hypomanische Ablösungsreaktion zeitigt ($C = 0 - , + -$), ist für die Melancholie das ewige Suchen bei Ambivalenzbindung ($C = + \pm$) pathognostisch.

Während der Katatone die Kontaktsperre ($C = - -$) oder die totale Auflösung jeglichen Kontaktes mit der Welt zeitigt ($C = 0 0$), ist für den Manischen die hypomanische, haltlose Kontaktreaktion ($C = 0 -$) pathognomonisch.

Tabelle 38. Experimentelle Syndromatik der Melancholie und Manie

Klinischer Symptomkomplex →	Das melancholische Syndrom	Das manische Syndrom																																								
Experimentelle Syndromatik ↓																																										
I. Lösungsart der Triebgegensätzlichkeiten	1. Diagonale Spaltung, besonders im Ich. 2. Tritendenz im Kontakt.	1. Unitendenz im Kontakt. 2. Negative Legierung im Ich mit Überdruck im Faktor k . 3. Positive Legierung im Sexus mit Überdruck im Faktor s .																																								
II. Triebklasse	Cd^+ , eventuell triäqual mit Sb^+ -, Pe^- -, Phy^- -Klassen.	Cm^- , evtl. triäqual mit $Schp^-$ -, Phy^- -Klassen.																																								
III. Triebformel	$m^\pm (by^\pm)$ d^+ , k^+ , s^- , b^+	$d^0 e^0$ m^- , $k^-!$, $s^+!$																																								
IV. Besondere Triebgefahren	1. Introprojektion: $Sch = + -$ 2. Totale Introjektion: $Sch = + 0$ 3. Tritendenz im Kontakt: $C = + \pm$	1. Haltlosigkeit: $C = 0 -$ 2. Entwertung: $k = -!$ 3. Hyperaktivität: $s = +!$ (Aggression)																																								
V. Faktorielle Quantumspannungen	1. Ewiges Suchen: $d = +!$ 2. Hyperintrojektion: $k = +!$ 3. Zärtlichkeitsdrang: $b = +!$	1. Freilösung von der Welt: $m = -!$ 2. Desimagination: $k = -!$ 3. Hyperaktivität: $s = +!$																																								
VI. Die Mitte	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>e</td><td>by</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>—</td><td>+</td><td>+!</td><td>—</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>+!</td><td>—</td></tr> <tr><td>0</td><td>+</td><td>+</td><td>—</td></tr> <tr><td>0</td><td>+</td><td>+</td><td>0</td></tr> </table>	e	by	k	p	—	+	+!	—	0	0	+!	—	0	+	+	—	0	+	+	0	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>e</td><td>by</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>-!</td><td>—</td></tr> <tr><td>0</td><td>+</td><td>-!</td><td>—</td></tr> <tr><td>+</td><td>—</td><td>-!</td><td>—</td></tr> <tr><td>\pm</td><td>0</td><td>—</td><td>—</td></tr> </table>	e	by	k	p	0	0	-!	—	0	+	-!	—	+	—	-!	—	\pm	0	—	—
e	by	k	p																																							
—	+	+!	—																																							
0	0	+!	—																																							
0	+	+	—																																							
0	+	+	0																																							
e	by	k	p																																							
0	0	-!	—																																							
0	+	-!	—																																							
+	—	-!	—																																							
\pm	0	—	—																																							
VII. Pathognostischer Faktorenverband	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>+!</td><td>\pm</td><td>+</td><td>+!</td><td>—</td></tr> <tr><td>d</td><td>m</td><td>b</td><td>k</td><td>s</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	+!	\pm	+	+!	—	d	m	b	k	s	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>-!</td><td>0</td><td>-!</td><td>+!</td></tr> <tr><td>m</td><td>d</td><td>k</td><td>s</td></tr> </table>	1	2	3	4	-!	0	-!	+!	m	d	k	s													
1	2	3	4	5																																						
+!	\pm	+	+!	—																																						
d	m	b	k	s																																						
1	2	3	4																																							
-!	0	-!	+!																																							
m	d	k	s																																							
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Introprojektion: $Sch = + -$ 2. Totale Introjektion: $Sch = + 0$ 3. Zwangsabwehr: $Sch = \pm 0$	Destruktive Entwertung: $Sch = - -!$																																								
IX. Besondere Kontaktstörungen	1. Ambitendenzbindung: $m = \pm$ 2. mit ewigem Suchen: $d = +$	1. Hypomanische Reaktion: $C = 0 -$ 2. Kontaktsperre: $C = - -$																																								
X. Besondere Sexualstörungen	1. Masochismus: $S = + -$ 2. Unitendenz der Zärtlichkeit: $S = + 0$	Überdruck im Sexus: $S = + +!!$; $S = +! +!$																																								
XI. Besondere Affektstörungen	1. Kainanspruch: $P = - +$ 2. Sensitive Beziehungsangst: $P = 0 -$ 3. Affektentladung: $P = 0 0$	1. Affektentladung: $P = 0 0$ 2. Wechsel v. Abel- u. Kainreaktion $P = - +$ 3. Sensitive Beziehungsangst: $P = 0 -$																																								

Diese tiefenseelischen Beziehungen von triebfaktoriellen Verbänden verursachen die bekannten *Mischformen* der klinischen Psychiatrie, wie

1. die paranoide Melancholie,
2. das depressive Paranoide,
3. die stuporöse Manie,
4. die agitierende Katatonie.

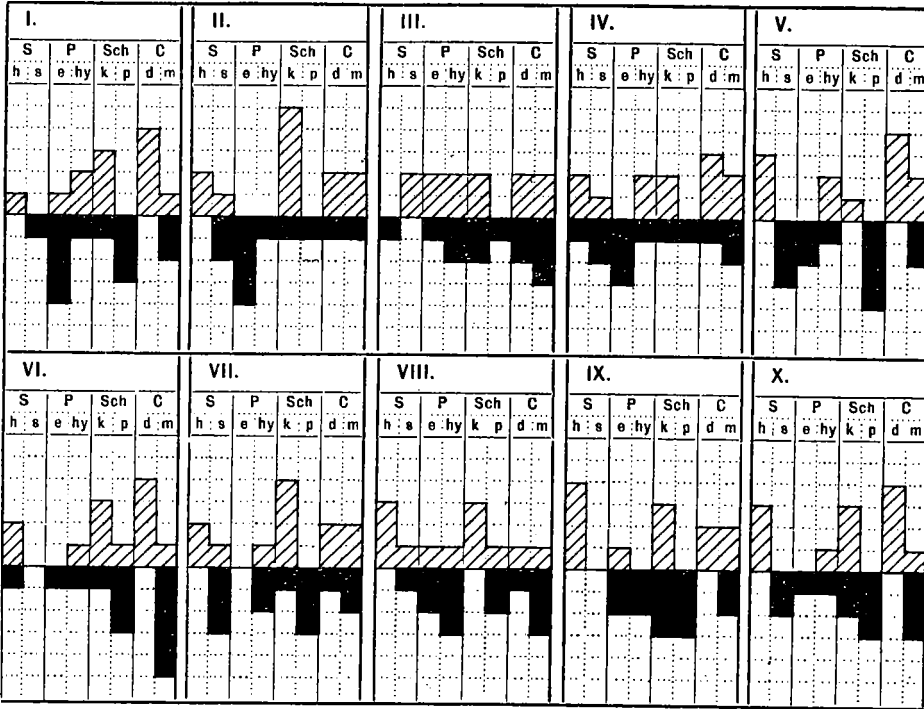
Auf die Möglichkeit des Zustandekommens dieser Mischformen können uns nur die moderne Genealogie und die experimentelle Triebforschung eine exakte Antwort geben.

6. Kasuistik zum manisch-depressiven Irresein

Fall 30. 45jährige Frau. Psychosis melancholica.

Die Patientin gab in der Heil- und Pflegeanstalt Lipótmező, Budapest, die zehn Triebprofile und Tendenzspannungstabelle: Abb. 47.

Syndromanalyse	Testologisch:																																								
<p>I. Tendenz zur diagonalen Spaltung der Triebgegensätzlichkeiten:</p> <p>Profil 1 =</p> <p>Profil 7 =</p> <p>II. Triebklasse =</p> <p>III. Triebformel =</p> <p>1. Symptomfaktor =</p> <p>2. Wurzelfaktoren =</p> <p>IV. Triebgefahren:</p> <p>1. Tritendenz im Kontakt. Profile 4, 5, 7, 9 =</p> <p style="padding-left: 20px;">Das heißt: a) ewiges Suchen =</p> <p style="padding-left: 40px;">b) bei Ambivalenzbindung =</p> <p style="padding-left: 60px;">ohne abgetrennt zu sein =</p> <p>2. Diagonale, <i>introjektive</i> Spaltung im Ich.</p> <p>Profile 1, 6, 7, 8 =</p> <p>d. h. Narzißmus, Autismus =</p> <p>Annahme der Allmachtsprojektionen =</p> <p>3. Unitendenz im Narzißmus und Autismus =</p> <p>Profile 2, 4 =</p> <p>4. Diagonale «Kain»-Spaltung im Affektleben. Profile 1, 4, 5 =</p> <p>5. Desintegration im Affektleben. Profile 6, 10 =</p> <p>6. Diagonale Spaltung der sexuellen Gegensätzlichkeit in der Richtung Masochismus. Profile 2, 4, 5, 7, 10 =</p> <p>V. Triebüberdruck:</p> <p>1. im Suchbedürfnis. Profile 1, 6, 10 =</p> <p>2. in der Introjektion. Profile 2, 7 =</p> <p>3. in der Wut-Haß-Aufstauung. Profile 1, 2 =</p> <p>4. im Wunsch nach Liebe. Profil 9 =</p> <p>5. im Wunsch nach Abtrennung. Profil 6 =</p> <p>VI. Spezielle «melancholische» Mitte:</p> <p>Profil 1 =</p> <p>Profil 4 =</p> <p>Profil 2 =</p> <p>Profil 6 =</p>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"><i>S</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"><i>P</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"><i>Sch</i></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"><i>C</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">+ -</td> <td style="padding: 2px;">0 -</td> <td style="padding: 2px;">+! -</td> <td style="padding: 2px;">+! -</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><i>Cd</i>⁺ triäqual (mit <i>Sb</i>⁺, <i>Schp</i>⁻, <i>Pe</i>⁻)</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">$\frac{m \pm}{d^+, b^+}$</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>C</i> = + ±</td> <td style="padding: 2px;"><i>d</i> = +</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>m</i> = ±</td> <td style="padding: 2px;"><i>m</i> = +</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>Sch</i> = + - , +! -</td> <td style="padding: 2px;"><i>k</i> = + , +!</td> <td style="padding: 2px;"><i>k</i> = + , <i>p</i> = -</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>Sch</i> = +! 0 } + 0 }</td> <td style="padding: 2px;"><i>P</i> = -! + } - + }</td> <td style="padding: 2px;"><i>P</i> = 0 0</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><i>S</i> = + -</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>d</i> = +!</td> <td style="padding: 2px;"><i>k</i> = +!!; +!</td> <td style="padding: 2px;"><i>e</i> = -!</td> <td style="padding: 2px;"><i>b</i> = +!</td> <td style="padding: 2px;"><i>m</i> = -!!</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>e</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>by</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>k</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>p</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-! +</td> <td style="padding: 2px;">+ +</td> <td style="padding: 2px;">+ -</td> <td style="padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-! 0</td> <td style="padding: 2px;">+! 0</td> <td style="padding: 2px;">+ -</td> <td style="padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">0 0</td> <td style="padding: 2px;">+ -</td> <td style="padding: 2px;">+ -</td> <td style="padding: 2px;">-</td> </tr> </table>	<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>	+ -	0 -	+! -	+! -	$\frac{m \pm}{d^+, b^+}$	<i>C</i> = + ±	<i>d</i> = +	<i>m</i> = ±	<i>m</i> = +	<i>Sch</i> = + - , +! -	<i>k</i> = + , +!	<i>k</i> = + , <i>p</i> = -	<i>Sch</i> = +! 0 } + 0 }	<i>P</i> = -! + } - + }	<i>P</i> = 0 0	<i>d</i> = +!	<i>k</i> = +!!; +!	<i>e</i> = -!	<i>b</i> = +!	<i>m</i> = -!!	<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	-! +	+ +	+ -	0	-! 0	+! 0	+ -	0	0 0	+ -	+ -	-
<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>																																						
+ -	0 -	+! -	+! -																																						
$\frac{m \pm}{d^+, b^+}$																																									
<i>C</i> = + ±	<i>d</i> = +																																								
<i>m</i> = ±	<i>m</i> = +																																								
<i>Sch</i> = + - , +! -	<i>k</i> = + , +!	<i>k</i> = + , <i>p</i> = -																																							
<i>Sch</i> = +! 0 } + 0 }	<i>P</i> = -! + } - + }	<i>P</i> = 0 0																																							
<i>d</i> = +!	<i>k</i> = +!!; +!	<i>e</i> = -!	<i>b</i> = +!	<i>m</i> = -!!																																					
<i>e</i>	<i>by</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																						
-! +	+ +	+ -	0																																						
-! 0	+! 0	+ -	0																																						
0 0	+ -	+ -	-																																						



1940:		S		P		Sch		C		Σ	Σ'	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	±	0 u. ±
6.v.	I.	0	0	-	+	+	-	+	-	2	0	2
	II.	+	-	-	0	+	0	+	+	2	0	2
	III.	0	+	+	±	±	0	±	±	2	4	6
	IV.	+	-	-	+	+	0	+	±	1	1	2
	V.	+	-	-	+	0	-	+	±	1	1	2
	VI.	+	0	0	0	+	-	+	-	3	0	3
	VII.	+	-	0	-	+	-	+	±	1	1	2
	VIII.	+	0	-	-	+	-	0	-	2	0	2
	IX.	+	0	-	-	±	-	+	±	1	2	3
7.vi.	X.	+	-	0	0	±	-	+	-	2	1	3
	Σ 0	2	4	3	3	1	3	1	0	17		
	Σ ±	0	0	0	1	3	0	1	5		10	
	T. sp. G.	2	4	3	4	4	3	2	5			27
	Latenzgrösse	S = .2		P = .1		Sch = .1		C = .3				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\sum' 0}{\sum \pm} = \frac{17}{10} = 1.7$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$m_{5}^{\pm}; k_{4}^{\pm}; S_{4}^{0}; hy_{4}^{0\pm}$
Submanifeste bzw. sublatente:	P_{3}^{0-}
Wurzel-Faktoren:	$h_{2}^{\pm}; d_{2}^{\pm}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Cd^{+}}{3} : \frac{Sh^{+}}{2} : \frac{Schp^{-}}{1} : \frac{Pe^{-}}{1}$

4. Triebklasse:

Cd^{+} triaequal

Abb. 47. Fall 30. Melancholie. 45jährige Hausfrau

VII. Der *Faktorenverband* der Melancholic:

Profile 4, 7 =

1	2	3	4	5
+	±	+	+	—
<i>d</i>	<i>m</i>	<i>b</i>	<i>k</i>	<i>s</i>

Variationen des Faktorenverbandes in den Profilen 1, 2, 6, 9, 10 =

1	2	3
+	+, ±	—, 0
<i>d</i>	<i>k</i>	<i>s</i>

VIII. Melancholische *Ichabwehr*:

1. Introprojektion. Profile 1, 6, 7, 8 =

Sch = + —

2. Totale Introjektion. Profile 2, 4 =

Sch = + 0

3. Zwangsmechanismus. Profile 3, 9, 10 =

Sch = ± 0

Sch = ± —

IX. Melancholische *Kontaktstörung*:

1. Ewiges Suchen mit Ambitendenzbindung. Profile 4, 5, 7, 9 =

C = + ±

2. Abtrennungswunsch mit Suchen. Profile 1, 6, 10 =

C = + —

X. Melancholische *Affektstörung*:

1. Haßreaktion. Profile 1, 2, 4, 5 =

P = — + }
— 0 }

2. Panische Angst. Profile 8, 9 =

P = — —

3. Auflösung im Affektleben. Profile 6, 10 =

P = 0 0

4. Jammern. Profil 3 =

P = + ±

XI. *Sexualstörungen*:

1. Masochismus. Profile 2, 4, 5, 7, 10 =

S = + —

2. Unitendenz im Wunsch nach Liebe. Profile 8, 9 =

S = + 0

Auf Grund dieser experimentellen Syndromanalyse war die Diagnose *Melancholie* leicht aufzustellen. Patientin lieferte nur sehr wenige Zeichen einer andersartigen Erkrankung:

1. Anlage zur *paranoiden* Projektion. Profil 5 =

Sch = 0 —!

Profil 9 und 10 =

Sch = ± —

2. Als Vorzeichen der künftigen *manischen* Phase erscheint schon in der Melancholie die hypomanische Kontaktreaktion. Profil 8 =
d. h. der Wunsch nach völliger Abtrennung. Profile 1, 6, 10 =

C = 0 —

m = —

m = —!!

Auszug aus der Krankengeschichte

Die 45jährige Frau lebt seit 4. 3. 1940 in der Heil- und Pflegeanstalt Lipótmező zu Budapest. Keine objektiven neurologischen Symptome. Zeitweise erscheint auf ihrer Stirne das melancholische «Omega»-Zeichen. Sie ist auf Personen und Zeit gut orientiert, aber stets mit Angst erfüllt und voll von Selbstbeschuldigungen. Die Intelligenz und der Kenntnisschatz blieben unversehrt, aber sie konfabuliert, und nicht selten zeigt sie auch Zeichen einer Ideenflucht. Sie spricht auch von *Leibhalluzinationen*. Stimmen hört sie nicht. *Lamentiert und weint oft ununterbrochen*, stöhnt, reißt sich die Haare aus, verdeckt das Gesicht und schreit: «Heilige Maria, ich bin zu Sünden verdammt, und so bleibe ich verdammt, solange die Welt Welt bleibt und Sterne am Himmel sein werden. Jesus, ich habe die Krone deiner Engel verlcugnet. Mein Heiland, ich habe falsch geschworen, ich bin mit Sünden beladen, verdammt...» *Ihre rechte Hälfte ist eine Schlange*, die zwingt sie zu sprechen, und wegen der Schlange hat sie so merkwürdige Empfindungen in den Geschlechtsteilen. Sie fühlt die «Zeugung» und die unsterbliche Mutternatur in ihrem Innern. Sie weiß alles. Ihr Geist ist gesund. Motorisch sehr unruhig, schlaflos, glaubt in ihrem Bauch Schlangen zu entdecken. Spricht auch von Beziehungswahnideen (*Sch* = 0 —). 22.-26. 4. 1940. Erotische Unruhe, Wahnideen, *Leibhalluzinationen*, besonders in den Genitalien. 18. 5. 1940. Traurig, verstimmt, *Beziehungswahnideen*, Eßhemmungen. 20. 5. 1940. Sehr unruhig, reißt sich die Haare aus. 21. 5. Schlangen und Kröten bewegen sich in ihrem Bauch, ist sehr unruhig und maniert. 8. 6. *Sinnestäuschungen*, sie stört die Mitinsassen mit obszönen Monologen. Behauptet, sie gehöre in den Tiergarten und nicht unter die Menschen. 6.-12. 1940. Sie ist zu den Insassen sehr aggressiv (Beginn der manischen Phase), greift sie an. Dabei jammert sie den ganzen Tag noch, daß Schlangen und Kröten ihre Gedärme auffressen. 11. 1940. Wieder ruhiger, verträgt sich mit den andern Kranken, entwickelt aber wieder die alten Leibhalluzinationen.

Abb. 48 gibt ihre zehn Profile.

Syndromanalyse

Testologisch:

I. *Triebklasse*: typisch manisch =

Cm-

II. *Triebformel*: ebenfalls. Symptomreaktionen =
Wurzelfaktoren =

$\frac{d^0, e^0}{m^{-1}, k^{-1}, s^{+11}, b^+}$

III. *Manische Triebgefahren*:

1. Hypomanische Unitendenz, also haltlose Befreiung von allen Banden der Welt. Profile 1, 5, 6, 7, 8, 10 =

C = 0 —

2. Legierungsversuch im Ich mit Entwertung. Profile 3, 6, 8 =

0 — !!
Sch = — ! —

IV. *Triebüberdruck*:

1. in dem Drang, sich von allen Banden loszureißen. Profile 5, 9 =

$m = - !! \} = 3$
 $m = - ! \}$

2. im Drang nach Entwertung aller Ideale. Profile 3, 4, 6, 8 =

k = — ! = 4

3. im Allosadismus. Profile 1, 3, 5, 6, 9, 10 =

s = + !

Profil 4 =

Profil 7, 8 =

Summe der Ausrufzeichen im Sadismus =

$s = + !! \}$
 $s = + !!! \}$
 $\Sigma s = + ! = 14$
 $\Sigma b = + ! = 8$

4. im Drang nach Liebe. Profile 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10 =

V. *Manische Mitte*:

1. Affektentladung mit Entwertung. Profile 4, 8 =

e by k p

2. Gut zu sich selbst mit Entwertung. Profil 6 =

0 0 — ! ± (—)

3. Gewissensambivalenz mit Entwertung. Profil 3 =

+ — — ! —

4. Geltungsdrang mit Entwertung. Profil 7 =

± 0 — ! —

0 + — —

VI. Der *Faktorenverband* der Manic. Profile 6, 8 =

0 — — ! + !

Ohne Überdruck im Faktor k. Profile 1, 5, 7.

d m k s

VII. *Manische Ichabwehr*:

1. Profile 3, 6, 8 =

Sch = — ! —

2. Entfremdung. Profile 2, 4 =

Sch = — ±

3. Verneinung der Besessenheit oder der Bewußtwerdung. Profil 5 =

Sch = — +

VIII. *Manische Kontaktstörung*:

1. Profile 1, 5, 6, 7, 8, 10 =

C = 0 —

2. Kontaktsperre. Profile 2, 4, 9 (stuporöse Phase) =

C = — —

IX. *Manische Affektstörung*:

1. Völlige Affektentladung. Profile 4, 8 =

P = 0 0

2. Gewissensangst oder gut zu sich selbst. Profile 1, 2, 6, 9 =

P = + —

3. Gewissensambivalenz. Profil 3 =

P = ± 0

X. *Überdruck im Sexus* in allen 10 Aufnahmen =

S = + ! + !

+ ! +

+ ! + ! !

+ ! + ! ! !

XI. Patientin zeigt auch einige andersartige Symptome:

1. *katatoniforme, stuporöse Zeichen*. Profile 2, 4 =
Profil 9 =

P	Sch	C
+ —	— ± —	— —
	— — — —	— !
	Irrealer Block	
0 —	0 —	0 —

2. *paranoid-schizophrene Züge*. Profil 10 =
Gegen eine Schizophrenie spricht aber:

a) die Klasse =
b) die Reaktion =

Cm—
s = + !

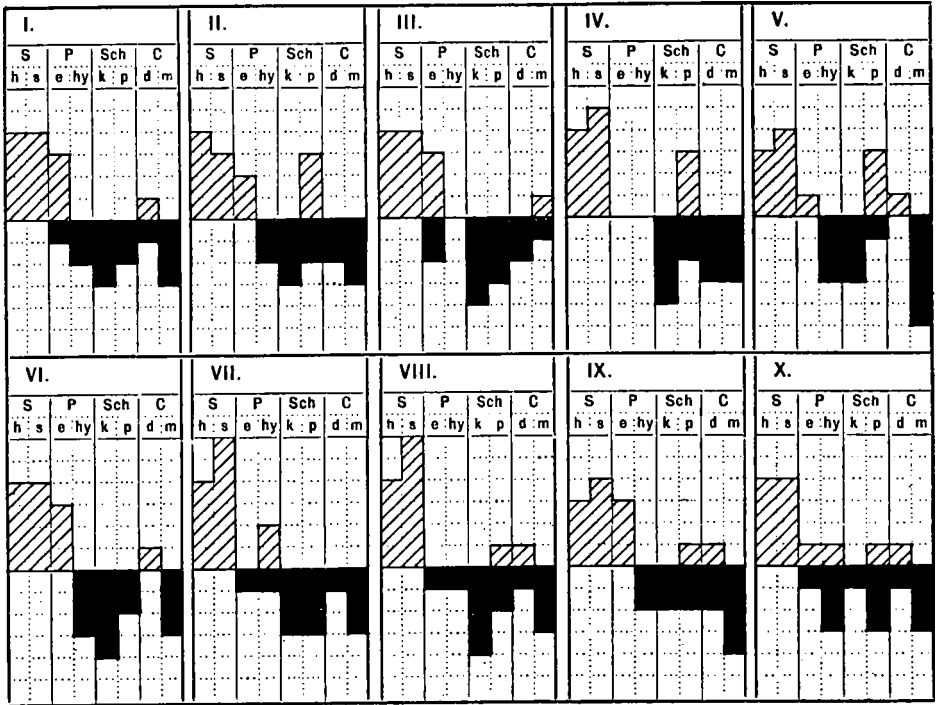
Fall 31
Manie

Alter: 49

Beruf: Hausfrau

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1940:		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
13.IV.	I.	+!+!	+ -	- -	0 -	1	0	1
	II.	+!+	+ -	- ±	- -	0	1	1
	III.	+!+!	± 0	-!	- 0	2	1	3
	IV.	+!+!	0 0	-!	± -	2	1	3
	V.	+ +!	0 -	- +	0 -!	2	0	2
	VI.	+!+!	+ -	-!	0 -	1	0	1
	VII.	+!+!	0 +	- -	0 -	2	0	2
	VIII.	+!+!	0 0	-!	0 -	3	0	3
	IX.	+ +!	+ -	- -	- -!	0	0	0
22.V.	X.	+!+!	0 -	0 -	0 -	3	0	3
Σ	0	0 0	5 3	1 0	6 1	16		
Σ	\pm	0 0	1 0	0 2	0 0		3	
T. sp. G.		0 0	6 3	1 2	6 1			19
Latenzgrösse		S = .0	P = .3	Sch = .1	C = .5			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{16}{3} = 5.3$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$d_6^0; e_6^{0\pm}$
Submanifeste bzw. sublatente:	$hy_3^-; P_2^-$
Wurzel-Faktoren:	$m_1^{-!}; k_1^{-!}; s_0^{+!}; h_0^{+!}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Cm^-}{5}; \frac{Phy^-}{3}; \frac{Sch^-}{1}; \frac{S}{0}$

4. Triebklasse:

Cm^- triaequal

Abb. 48. Fall 31. Manie. 49jährige Hausfrau

Man muß demnach die experimentelle Diagnose auf *Manie* stellen mit der Bemerkung, daß auch paranoide Wahnideen das klinische Bild bunter machen und daß auch gelegentlich negativistische, stuporöse Phasen sich einstellen können.

Auszug aus der Krankengeschichte der Heil- und Pflegeanstalt Lipótmézö, Budapest

Erste Aufnahme. 1924–27 mit der Diagnose *Manie*. Zweite Aufnahme 11. 1937. Patientin ist sehr erregt, überlaut und logorrhöisch. Gibt ihre Personaliendaten recht gut selbst an. Erzählt, daß ihr ein Mann den Hof machte. In dieser Liebe ist sie verrückt geworden, denn ihr Blut hat sie stets zu jenem Mann getrieben, ihr Bruder aber hielt den Mann für einen Betrüger und verhinderte die Beziehung. Der Wunsch nach diesem Mann am Vorabend ihrer Einlieferung in die Anstalt war so rasend groß, daß sie die Fensterscheiben, den Spiegel mit der Hand kaputtgeschlagen hat. Während der körperlichen Untersuchung schmiegte sie sich erotisch an den Arzt und flüsterte ihm Liebesgeständnisse ins Ohr, dabei lachte sie überlaut. Sie ist *euphorisch, hypomanisch*. Zeitlich-räumlich gut orientiert. 1938/39: Manisch. 1940: Sehr unruhig, entwickelt *Größenwahnideen*, ist auch aggressiv, will eine Mitinsassin töten. Während der Testuntersuchungen spricht sie ununterbrochen. *Beschuldigt die Umgebung, man wolle sie foltern, man habe ihren Sohn von ihr weggenommen; ihr Mann wurde mit Insektengift getötet, auch ihren Vater hat man ermordet. Man hat sie selbst nackt in eine Zelle geworfen und wollte sie zu Tode hungern lassen. Alle Ärzte verfolgen sie mit Liebesansprüchen.* (Paranoide Verfolgungsideen, siehe Differentialdiagnostik.) Ein andermal entwickelte sie *Größenideen*: Ihr Vater sei ein katholischer Pfarrer, ihr Onkel ein Bischof. Mit Vorliebe spricht sie davon, wie sehr sie die Einbrecher und die Gefangenen in den Gefängnissen liebe.

Am Tage des 10. Profils hat sie in der Tat einen *paranoiden* Verfolgungsanfall gehabt. *Beschuldigte die Ärzte, daß sie alle Giftmischer und Mörder seien und daß einer von den Ärzten ihre Kollegin in der Anstalt getötet hätte.* Hohe politische Funktionäre werden von ihr besudelt und bedroht. Zum Schluß behauptet sie, sie habe sich vor den Männern in die Anstalt flüchten müssen, da man sie so sehr mit Liebe verfolgte.

Kapitel IX

SYNDROMATIK DER PSYCHOPATHIEN

I. Allgemeines über den Begriff der Psychopathie

1. Die klinische Auffassung

Psychopathien sind umschriebene, einseitige Entwicklungshemmungen (KRAEPELIN). Sie werden den allgemeinen seelischen Infantilismen (den totalen Entwicklungshemmungen der Oligophrenen) gegenübergestellt. KRAEPELIN hat zwei Hauptgruppen konstitutioneller Abweichungen unterschieden.

I. *Originäre Krankheitszustände*, d. h. seelische Anomalien, die zwar das Gepräge einer Krankheit tragen, doch nicht als ausgesprochene Geisteskrankheiten erscheinen. Hierher reiht er: 1. die Nervosität, 2. die Zwangsneurose, 3. das sog. impulsive Irresein, also die Brandstiftung (Pyromanie), die triebhaften Giftmischer, die Kleptomanen, die Kaufsüchtigen (Oniomanen), 4. die geschlechtlichen Verirrungen (Perversionen) ein.

II. *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, bei denen besondere anormale persönliche Eigentümlichkeiten in den Vordergrund des Charakters drängen. In diese

Gruppe gehören: 1. die Erregbaren, 2. die Haltlosen, 3. die Triebmenschen (Verschwender, Wanderer, Dipsomanen, Spiel- und Sammelsüchtigen), 4. die Verschrobener, 5. die Lügner und Schwindler (Pseudologia phantastica), die «Mythomanen» der Franzosen, 6. die Gesellschaftsfeinde (moralische Idioten und Imbezillen, «moral insanity»), 7. die Streitsüchtigen (Pseudoquerulanten).

Mit Recht konnte sich EUGEN BLEULER¹ mit der KRAEPELINSCHEN Begriffsbestimmung der Psychopathie nicht befreunden. Er war der Meinung, daß die Großzahl aller Psychopathen zu der Klasse derjenigen Abweichungen von der Norm gehöre, die bei allen domestizierten Lebewesen – so auch beim Menschen – als *extreme biologische Variationen* vorkommen. Nach ihm haben die Krankheitsbilder der Psychopathen weder untereinander noch gegen das Normale hin scharfe Grenzen. Sie haben überhaupt keine Grenzen. Trotz dieser Auffassung übernimmt E. BLEULER die Aufteilung und Schilderung der Psychopathien von KRAEPELIN, da sie den klinischen Erfahrungsbildern am besten entsprechen. J. LANGE definiert die Psychopathie: «Jedes grobe und fortgesetzte Versagen den Lebensaufgaben gegenüber, das sich nicht aus Geisteskrankheit im engeren Sinne und nicht aus einem außergewöhnlichen äußern Schicksal heraus erklärt, sondern als Ausdruck der bleibenden Wesensart erkennbar wird, ist Psychopathie²». Man schätzt ihre Häufigkeit auf etwa 10% (LANGE). Aus der großen Literatur über Begriff und Einteilung der Psychopathien³ heben wir hier noch die Auffassung JASPERS'⁴ hervor.

In seinem «Diagnosenschema» figurieren die Psychopathien als die III. Gruppe der seelischen Erkrankungen und folgen den somatischen Krankheiten mit Seelenstörungen (I. Gruppe) und den drei Kreisen der großen Psychosen (II. Gruppe: Epilepsie, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein).

In die Gruppe der Psychopathien reiht JASPERS⁵ folgende Bilder ein:

1. *Selbständige abnorme Reaktionen*, die nicht auf der Basis von Erkrankungen der I. und II. Gruppe stattfinden;
2. *die Neurosen und neurotischen Syndrome*;
3. *abnorme Persönlichkeiten und ihre Entwicklungen*.

Ad 1. Die selbständigen abnormen Reaktionen sind *reaktive* Verhaltensweisen bei sonst nicht geisteskranken Individuen.

Ad 2. In den mittleren Typenkreis der Psychopathien zählt JASPERS:

- a) objektive Einzelsymptome wie: Organneurosen, Tics, Stottern, Bett-nässen, Nägelkauen, Schüchternheit usw.
- b) Triebstörungen: sexuelle Perversionen, impulsive Handlungen (Klepto-, Porio-, Pyromanie), abnorme Onanie, Süchte;

¹ BLEULER, EUGEN: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Springer, 1918. S. 441 ff.

² LANGE, J.: a) Psychopathie und Erbpflege. Metzner, 1934.

b) Verbrecher als Schicksal. G. Thieme, Leipzig 1929.

³ KOCH, I. L. A.: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891–93. SCHNEIDER, KURT: Die psychopathischen Persönlichkeiten, 4. Aufl. Wien 1940. BIRNBAUM: Die krankhafte Willensschwäche. Wiesbaden 1911. JANET: Les obsessions et la psychasthénie. 2. Aufl. Paris 1908. BEARD: Die Nervenschwäche (Neurasthenie), Leipzig 1883. BUMKE, Handbuch, Bd. V. SZONDI, L.: Revision der Neurastheniefrage. Novak (Budapest), Köhler (Leipzig), 1929.

⁴ JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. S. 507 ff.

⁵ Ebenda S. 367 ff.

c) neue Erlebnisweisen und Zuständlichkeiten wie: Zwangsneurosen, Phobien, Angstneurosen usw.;

d) eigentümliche Mechanismen wie hysterische, psychasthenische usw.

JASPERS reiht demnach die sexuellen Perversionen wie auch die Süchtigkeit in die Gruppe der Neurosen und neurotischen Syndrome. Diese Einteilung ist unserem Dafürhalten nach unrichtig (siehe Kapitel über Sucht).

Ad 3. Die abnormen psychopathischen Persönlichkeiten werden als Menschen definiert, «die an ihrer Abnormität leiden oder an deren Abnormität die Gesellschaft leidet» (KURT SCHNEIDER). Man unterscheidet folgende Variationen:

I. Variationen der *charakterologischen* Grundverfassungen

1. Abnorme Grundverfassung der *Temperamente*:

- a) abnorm Erregte (Sanguiniker),
- b) abnorme Phlegmatiker,
- c) abnorm Heitere (Euphoriker),
- d) abnorm Betrübte (Depressive).

2. Abnorme Variationen der *Willensverfassungen*:

- a) abnorm Willensschwache,
- b) Willenlose oder Haltlose,
- c) rücksichtslose Willensstarke.

3. Abnorme Variationen der *Gemüts- und Triebverfassungen*:

- a) «Gemütlose» Psychopathen (KURT SCHNEIDER), die «moral insanity», welche den Typ des geborenen Verbrechers darstellen,
- b) Fanatiker: Sie sind getrieben und erfahren eine spezifische Lust und Qual in diesem Eingeworden-Sein mit einer einzelnen Sache. So der «Kampf-fanatiker» (KURT SCHNEIDER), also der Pseudoquerulante, und der «matte» Fanatiker (Sektierer, Sonderling usw.).

II. Abnorme Variationen der *seelischen Kraft*

1. der Neurastheniker (BEARD), der durch die reizbare Schwäche gekennzeichnet ist;

2. der Psychastheniker (JANET), bei dem dagegen die Herabsetzung der seelischen Kraft gegenüber Erlebnissen in den Vordergrund drängt.

III. Abnorme Variationen des *reflexiven Charakters*

- 1. Hysteriker, 2. Hypochonder, 3. Selbstunsichere (KURT SCHNEIDER),
- 4. Sensitive (KRETSCHMER).

Hierher gehören demnach seelische Gestaltungen, die durch das Bewußtsein ihrer selbst «die Aufmerksamkeit auf das eigene Dasein, die Absicht eines So-sein-Wollens» richten (JASPERS, S. 370).

*

Schon diese unvollständige Aufzählung der Psychopathieformen aus der Fachliteratur genügt, um folgendes festzustellen:

Der Begriff der Psychopathie ist grenzenlos dehnbar. Er ist als Begriff unlogisch geprägt und läßt das krankmachende Wesentliche völlig unberührt. Will

man nämlich *alle seelisch extremen Menschenvarianten* einfach Psychopathen nennen, so gehören in diese Gruppe auch die sozialpositiven extremen Menschenvariationen, also alle hochsublimierenden Talente und Genies. Will man aber unter dem Begriff der Psychopathie *alle seelischen Abnormitäten infolge erblicher Anlage* verstehen, dann müßte man auch die endogenen Psychosen zu der Gruppe der Psychopathien zählen. Diese Unlogik in der Benennung könnte man auf die Weise beseitigen, daß man von 1. psychotischen, 2. neurotischen, 3. sexuellen, 4. antisozialen usw. Psychopathien spricht, wobei das Wort *Psychopathie* nur als Gegensatz zur *Psychonormalität* gebraucht würde. Gegen diese Benennung sträubt sich aber der eingebaute Wortgebrauch der klinischen Psychiatrie. Man kann also heute die Diagnose «Psychopathie» nicht entbehren. Wir müssen aber für diese Diagnose eine triebpsychologische Grundlage schaffen.

2. Die triebpsychologische Auffassung der Psychopathie

Von triebpsychologischem Aspekt aus erfassen wir das Wesentliche der verschiedenen Psychopathien nur dann, wenn wir die dialektische Art der Analyse auch hier anwenden. Das will also sagen, daß wir die Psychopathien aus folgenden Gesichtspunkten prüfen müssen:

1. Wie gestalten sich die Teilungs- und Lösungsarten der Triebgegensätzlichkeiten bei den sogenannten Psychopathien?

2. Sind bei den Psychopathien andersartige Triebgefahren feststellbar als bei den Psychosen?

3. Wehren die Psychopathen ihre Triebgefahren in anderer Weise ab als die Geisteskranken oder die Normalen?

Auf Grund der experimentellen triebpsychologischen Untersuchungen müssen wir auf die Fragen folgende Antwort geben:

Die sog. psychopathischen Persönlichkeiten zeigen im Triebexperiment eine andere Art der Dialektik als die Psychotiker, Neurotiker und die Triebgesunden. Das ist die Ursache, warum man die Benennung «Psychopathie» in der klinischen Psychiatrie nicht entbehren kann.

Die psychopathische Trias

Besonders drei experimentelle Symptomenverbände sind für psychopathische Persönlichkeiten charakteristisch:

I. *das Syndrom des Lustprinzips*; es ist oft gleichzeitig auch das *Syndrom der polymorphen Perversion*;

II. *der totale oder partielle Verlust der Mitte*, d. h. die Schwäche der Zensur gegenüber den frühkindlichen Lustansprüchen;

III. *die Tri- oder Quadriäqualität der Triebventile*, d. h. die Wahl mehrfacher Notausgänge aus den inneren Triebspannungen. Wir müssen diese drei Symptome der Psychopathie näher erörtern.

Ad I. Das Syndrom des Lustprinzips

Dieses Syndrom ist ein sicheres Zeichen für die Tatsache, daß die Person auf Grund einer Hemmung in der Triebentwicklung auf einer frühinfantilen Stufe fixiert geblieben ist.

Das Lustprinzipsyndrom besteht aus der Koppelung folgender Faktorenreaktionen:

Faktorenverband des Lustsyndroms

1. $p = +$ oder $p = \pm$ seltener: $p = 0$ = *Bemächtigungs- und Ergänzungsdrang*; Drang, sich des Partners völlig zu bemächtigen, und zwar einfach zu dem Zwecke, *sich mit den Eigenschaften des Partners zu ergänzen*, sich mit den Kräften des Partners auszudehnen, aufzublasen. Dieses Symptom ist als eine besondere Art von «paranoidem» Narzißmus aufzufassen. (Näheres s. Bd. II, Inflation.)
2. $d = +$ oder $d = \pm$ seltener: $d = 0$ = *Fixierung auf der analen Triebstufe*. Aus dieser Fixierung leiten wir folgende Symptome ab:
 - a) analerotische Strebungen, wie Anolonanie, Anilingus, Sodomie usw.;
 - b) kindliche Erwerbungsdränge (Kleptomanie mit der Reaktion: $e = 0$, $k = -, p = +$);
 - c) Unfähigkeit, den Erwerbungsdrang zu einem wirklichen Bedürfnis aufzustauen. Daher das sofortige Befriedigen der Erwerbungsansprüche ($d = 0$). Insuffizienz des Erwerbungsbedürfnisses;
 - d) Fehlen eines Wertmaßstabes bei der Erwerbung der Dinge der Welt. Daher: Haschen, Hasten, Haltlosigkeit ($d = 0$);
 - e) ständiges Rivalisieren mit dem Partner.
3. $m = +$ oder $m = \pm$ seltener: $m = 0$ = *Fixierung an die orale Stufe*. Also:
 - a) Oalerotik: Fellation, Cunnilingus;
 - b) Eß-, Trink-, Redesucht (Logorrhöe), Rauchsucht;
 - c) Oralsadismus ($m = +$, $s = +$ oder $m = 0$, $s = 0$);
 - d) unbefriedigter Drang, vom Partner *angenommen* zu werden, *Akzeptationsdrang*.
4. $k = -$ oder $k = -!$ = *Negation der Ideale oder Entwertung aller Ideale*, Selbstentwertung; Unfähigkeit zur Objekt-, Idealbildung, zu neuen Identifikationen, nachdem die Uridentifikation mit den Eltern zerstört wurde oder überhaupt nicht stattgefunden hat. Unfähigkeit, sich selbst so anzunehmen, wie man eben ist.
5. $s = +$ oder $s = 0$ oder $s = -!$ = *Anlage zur Aufstauung von Aggressionen*, die die Person gegen den Partner entläßt ($s = 0$); *Allosadismus*, oft auch gegen die eigene Person: *Autosadismus* mit *Selbstsabotage* oder mit Sich-Hinwerfen den Geschlechtspartnern usw.

Das Syndrom des Lustprinzips ergibt demnach folgenden experimentellen Faktorenverband, der für die Psychopathie sehr charakteristisch ist:

1	2	3	4	5
$+, (\pm, 0)$	$+, (\pm, 0)$	$+, (\pm, 0)$	$-, -!, (0)$	$+, (0, -!)$
p	d	m	k	s

Entwicklungsgeschichtlich leiten wir diesen Faktorenverband des Lustprinzips aus dem übermäßig starken Ödipuskomplex ab. Das experimentelle Ödipus-syndrom gestaltet sich, wie wir es bereits erörtert haben (Triebdialektik, Kapitel III), wie folgt:

S	P	Seb	C	
$0 +$	$- +$	$- +$	$- +$	oder
$- +$	$-- \pm$	$- \pm$	$- \pm$	

Wenn die Person das Kleben und Verharren an dem Elternteil ($d = -$) aufgibt und sich einen andern Partner sucht, um auf ihn die ödipale Situation zu übertragen ($d = +$), dann entsteht die oben dargestellte Triebelage mit dem Syndrom des Lustprinzips.

Die experimentellen Untersuchungen an Mördern, die mit Lust oder wegen der Lust töten, haben gezeigt, daß diese abnormen Persönlichkeiten den Verband der Lustprinzip-Reaktionen am klafsten zeitigen (siehe Fall 36, 37). Zum Glück wird aber nicht jede psychopathische Persönlichkeit zum Mörder, aber die seelische Fixation an die Stufe des Ödipus-Kains ist für die Psychopathie charakteristisch. In der Kasuistik werden wir lehrreiche Fälle mit diesem Syndrom vorführen.

Ad II. Verlust der Mitte

ist das zweitwichtigste Symptom aller Psychopathien.

Dieses Symptom unterscheidet die Psychopathen von der Gruppe der Psychosen und Neurosen. Während nämlich Geisteskranke und Neurotiker eine zu strenge Zensur im Ichvektor (Sch) und im moralisch-ethischen Triebvektor (P) aufzeigen, verlieren psychopathische Persönlichkeiten leicht ihre Zensuren. Einige haben schon Schuld- und Strafängst, aber sie projizieren diese Schuld auf Personen der Umwelt. (Negative Mitte. Vgl. Tab. 14.)

Die Schwäche des stellungnehmenden Systems (e, hy, k, p, insbesondere hy, k) ist eine Bedingung der Diagnose Psychopathie. Tabelle 39 demonstriert diese Feststellung.

Stellen wir den psychopathischen Mittevariationen auf Grund der Tabelle 14 die psychotischen und neurotischen gegenüber, dann können wir folgendes feststellen:

1. Der *paranoide Schizophrene* verbirgt und projiziert seine homosexuellen Ansprüche =
Dagegen baut sich der *manifest Homosexuelle* ein weibliches Ichideal ohne Hemmung in das Ich ein =
Der Unterschied entpuppt sich also in der Reaktion =

e	hy	k	p
0	—	0	—
hy	= —!	p	= —!

$$p = \pm$$

$$p = +$$

2. Der *Katone* benützt den Abwehrmechanismus der Verdrängung über alle Maßen bis zur totalen Ichsperre =
er sperrt sich auch von der Welt der Lustquellen völlig ab (Kontaktsperre) =

e	hy	k	p
—	0	—!	0
Sch	= —! 0		

$$C = — —$$

$$C = + +$$

$$p = +$$

$$k = —!!$$

Der *Lustmörder* hingegen steht völlig auf der Ebene des infantilen Lustprinzips. Er ist von Lust besessen und entwertet alle Werte, er wird in der Tat destruktiv =

e	hy	k	p
—	+	+	—
P	= — +		

$$Sch = + —$$

$$s = —!$$

3. Der *Melancholiker* ist zwar in seiner Tiefenseele ein Kain =
und auch ein Autist, wendet aber die Aggression nie gegen die Umwelt, sondern gegen die eigene Person. Er wird oft Selbstmörder =

e	hy	k	p
—	+	+	—
s	= +! oder 0		

Dagegen ein *autistischer Mörder* z. B.
tötet nicht sich, sondern das Objekt =

e	hy	k	p
+	—	—!	—

$$C = 0 —$$

$$k = —!$$

$$s = +!$$

$$P = + —$$

4. Der *Manische* hat sich zwar von der Welt völlig losgerissen =
und hat alle Werte entwertet =
staut in sich Aggression auf, und dennoch ist er nach außen ein lustiger, gutmütiger Abel, der für sich selber nur nach dem Guten strebt =

Der *haltlose Psychopath* dagegen gibt alle höheren Instanzen auf und verliert total oder partiell seine Stellungnahme in der Mitte =

e	hy	k	p
0	0	0	0
0	0	0	—
usw. (s. Tab. 39.)			

Tabelle 39. Variationen der Mitte bei Psychopathen

e	Die Mitte			Klinische Diagnosen
	hy	k	p	
0	0	0	0	Sexuelle Haltlosigkeit; Trunksucht
0	0	0	+	Paranoide Trunksucht; Kleptomanie; Homosexualität (Mann)
0	0	0	--	Exhibitionismus, Immoralität
0	0	0	±	Homosexualität; Mord (Jugendlicher)
±	0	0	0	Homosexualität (Frau)
—	0	0	0	Homosexualität (Frau); Psychopathic
+	0	0	0	Trunksucht
0	0	—	0	Mord (Jugendlicher)
0	0	—	±	Mord (Jugendlicher)
0	—	—	±	Lustmord
0	—	0	0	Trunksucht; Sadomasochismus
0	—	0	—	Lustmord
0	—	0	+	Lustmord
0	±	0	±	Passive Homosexualität
0	—	0	±	Passive Homosexualität
±	0	0	± (+)	Kleptomanie, Sadomasochismus
+	0	0	±	Trunksucht
+	0	0	—	Exhibitionismus, Trunksucht
—	0	0	± (+)	Homosexualität; Narkomanie; Lustmord
—	—	0	0	Fetischismus; Sadomasochismus; Mord
—!	+	0	0	Mord; Fetischismus
—!	+	—	±	Mord- und Notzuchtversuch
—	+	—	—	Mord- und Notzuchtversuch
—	0	—	±	Lustmord
—	0	—!!	+	Mord
—	+	—	± (0)	Mord
—	+	—	—	Mord- und Notzuchtversuch
—	—	±	—	Mord- und Notzuchtversuch
—	—	—	—	Lustmord
—	—	0	—	Lustmord
±	—	—	—	Lustmord

5. Der *genuine Epileptiker* ist nach den Ergebnissen der Triebforschungen ein Kain, der das Haßobjekt töten könnte. (Siehe spätere Erörterungen über die Epileptiker.) Er gibt auch das charakteristische «Mörder-E»-Syndrom ($e = -$, k oder $p = -$, $m = -$). Aber während der nicht epileptische Totschläger seine Mörderstruktur unversehrt beizubehalten strebt, flüchtet sich der Epileptiker in den Anfall, d. h. der Epileptiker tötet sich selbst – allerdings nur vorübergehend –, um nicht den Partner aus Wut, Rache und Eifersucht töten zu müssen. Diese Abwehrart des Mörders kommt experimentell in dem Ventil $e = 0$ zum Vorschein. Testologisch ist für Epileptiker eben das Mörder-E-Syndrom mit dem Nullventil im Faktor e bezeichnend ($e = -$, 0 ; k oder $p = -$; $m = -$).

6. *Konversionshysteriker* wollen ihre Triebansprüche (Bemächtigung usw.) stets geltend machen ($hy = +$), haben im Affektgebiet (P) – genau so wie die halt-

losen Psychopathen – eine schwache Stellungnahme. Aber um so strenger ist das Ich. Es wehrt die Gefahr mit Hilfe von drei Abwehrarten: mit Hemmung ($Sch = - +$), mit Verdrängung ($Sch = - 0$) und mit dem Mechanismus der Entfremdung ($Sch = - \pm$), stets ab. So wird jeglicher Geltungsdrang, der der Gemeinschaft schaden könnte, durch die «Konvertierung» des Triebanspruchs unschädlich gemacht. (Siehe später die Syndromatik der Konversionshysterie.)

7. Der *Phobiker* strengt sich am meisten an, die Triebgefahren mit Hilfe der Mechanismen der Mitte abzuwehren. Er mobilisiert alle möglichen Ichabwehrmechanismen ($Sch = \pm \pm$), um die Folgen seiner Geltungstriebe ($hy = 0$) unschädlich zu machen. (Vgl. Tab. 14.)

*

Durch diese vergleichenden Untersuchungen wurde demnach in exakter Weise bewiesen, daß das Wesen der Psychopathie in einer besonderen Art der Triebgefahren, d. h. in der Teilung der Gegensätzlichkeiten besteht, besonders aber in einer, zumeist mitgebrachten, *Schwäche der Zensuren* in der Mitte. *Psychopathen sind Menschen, deren Schicksal durch die fehlende oder ungenügende Mittezensur bedingt wird.*

Der Verlust der Mitte und die negative Mitte unterscheiden sie klinisch und testologisch sowohl von den Psychotikern und Neurotikern wie auch von den Normalvarianten. Sie tragen das Schicksal der sexualabnormen, pervertierten, invertierten, sadistisch-masochistisch metatropisierten Individuen, das Schicksal der Exhibitionisten, Fetischisten, das Schicksal der Haltlosen, der Süchtigen und Kriminellen, weil eben die Zensuren der Mitte anlagegemäß schwach sind.

Ad III. Die Tri- und Quadriäqualität der Triebventile

Unter Triebventil verstehen wir in der experimentellen Triebdiagnostik diejenigen Gebiete des Trieblebens, wo keine größeren Triebgefahren herrschen. Experimentell werden die Zonen der Triebventile durch die *niedrigsten Latenzgrößen* in den Latenzproportionen sichtbar gemacht. Ein Beispiel:

Ein 51jähriger Arbeiter, der wegen Mord- und Notzuchtversuches verurteilt wurde und jahrelang im Gefängnis saß, gibt folgende Latenzproportionen:

Sb^+	Phy^-	$Schp^-$	C
8	1	1	0
	└──────────┘		
	• triäquale Triebventile		

Der Mann gehört der *triäqualen* Sb^+ -Klasse an. Die Zone der Sexualität verbirgt derzeit die größte Triebgefahr ($\frac{Sb^+}{8}$). Er kann ja im Gefängnis seine Perversionen nicht befriedigen. Hingegen schafft er sich im Gebiet der Affektbewegungen, des Ichs und des Kontaktlebens eine «relative Ruhe», d. h. spannungslose Zonen. Daher der niedere Latenzgrad in den Vektoren P , Sch und C . Hier hat er sich Triebventile geöffnet. In der Tat zeigt er paranoide Wahnbildungen ($\frac{Schp^-}{1}$) in einer heboid-theatralischen Form ($\frac{Phy^-}{1}$) und sucht stets seinen Ver-

folger $\left(\frac{C}{0}\right)$. Er glaubt «elektrokauterisiert» und hypnotisiert zu werden. Man schneidet an seinem Magen herum. Auch in der Nahrung war etwas, das «gegen die Natur» arbeitete. Er hörte Stimmen wie im Traum. Die Gefängniskirche war eine Arche Noahs, das Dach hob sich und schwamm auf dem Wasser. (Fall von Direktor Dr. Ernest STUMPER aus Ettelbrück, Luxemburg.)

Dieser Sexualverbrecher, der vorher eine psychopathische Persönlichkeit dargestellt hatte, verschaffte sich also im Gefängnis durch diese echten oder simulierten Wahnbildungen und Halluzinationen Notventile für seine Triebspannungen. Sicher ist die Tatsache, daß er die Sexualansprüche zurückhalten muß, die Sexualgefahr besteht demnach noch immer fort $\left(\frac{Sb^+}{8}\right)$, aber auf anderen Gebieten des Trieblebens hat er sich entspannt.

In der «Experimentellen Triebdiagnostik» haben wir in den Tabellen Nr. XIX (S. 277) und XX (S. 278) bewiesen, daß diese *Tri- und Quadriäqualität für Haltlosigkeit und im allgemeinen für haltlose Psychopathen, so für sexuelle Haltlosigkeit, Poromanie, Kleptomanie, Dipsomanie, Trunksucht und Narkomanie, bezeichnend ist*. Das will sagen: *Haltlose Psychopathen ertragen höchstens in einer Zone des Trieblebens eine größere Spannung (Triebgefahr)*. Sie entspannen sich auf drei, nicht selten sogar auf vier Gebieten des Trieblebens. Sie suchen sich Notventile für die inneren Triebspannungen. Daher das experimentelle Psychopathiesymptom der Tri- und Quadriäqualität der Triebventile.

*

Zusammenfassend können wir demnach über das triebpsychologische Wesen der Psychopathie folgendes sagen:

1. *Psychopathen sind zumeist auf einer frühinfantilen Stufe des Lustprinzips fixiert*. Daher ihre ganz besondere Neigung zu *polymorphen Perversionen und Sexualdelikten*.

2. *Psychopathen leiden an dem Verlust der Mitte*. Sie haben ein unzuverlässiges stellungnehmendes System. In diesem Punkt zeigen sie demnach eine polar entgegengesetzte Haltung den Psychosen und Neurosen gegenüber. Neurotiker und Psychotiker erkranken an der Strenge der Zensuren. Von den Psychopathen leidet die Gesellschaft wegen der Schwäche oder des Verlustes der Mitte. Daher die erhöhte Anlage zur *Kriminalität*.

3. *Psychopathen verschaffen sich auf mehreren Gebieten des Trieblebens Notventile zur Entspannung der inneren Triebspannungen*. Sie ertragen selten auf mehreren Gebieten gleichzeitig größere Triebspannungen. Sie suchen sich dort, wo sie können, Notausgänge aus der Enge. Daher die *Haltlosigkeit*.

II. Spezielle Formen der Psychopathien

Auf Grund der verschiedenen Notausgänge und der Triebgefahren kann man die Psychopathien in drei Gruppen einteilen:

A. Sexualpsychopathien (*Psychopathia sexualis*)

- I. *Perversionen*: 1. Fetischismus,
 2. Masochismus } Mctatropismus (M. HIRSCHFELD),
 3. Sadismus
 4. Exhibitionismus.

II. *Inversionen*: Homosexualität – Bisexualität.

B. Kontaktpsychopathien

1. Süchtigkeit,
2. Haltlosigkeit.

C. Kriminalpsychopathien

Im folgenden beschäftigen wir uns nur mit den Gruppen A und B der Psychopathien. Die Ergebnisse der experimentellen Triebanalyse von Kriminellen wird demnächst Bezirksanwalt Dr. H. WALDER (Zürich) in einer Sonderabhandlung mitteilen.

A. Die sexuellen Psychopathien

I. Triebpsychologie der Perversionen

1. Perversionen im Lichte der Psychoanalyse

Definitionen und Kriterien

KRAFFT-EBING¹ stellt folgendes Kriterium der Perversionen auf:

Jede Äußerung ist pervers, die, falls die Gelegenheit zu naturgemäßer geschlechtlicher Befriedigung geboten ist, den Zwecken der Natur, d. h. *der Fortpflanzung nicht entspricht*.

FREUD² nennt *Perversionen Abweichungen in bezug auf das Sexualziel*. Also:

1. *anatomische Überschreitungen* der für die geschlechtliche Vereinigung bestimmten Körpergebiete;
2. *Verweilen bei den intermediären Relationen zum Sexualobjekt*, die normalerweise auf dem Wege zum endgültigen Sexualziel rasch durchschritten werden sollen.

Beispiele:

- ad 1. a) Fellatio (fello = saugen), Irrumatio (ruma = Schlund);
b) Cunnilingus (cunnus = Höhlung, Vulva; lingua = Zunge);
c) Lambatio ani, Anilingus (anus = After, lingua = Zunge).
- ad 2. a) Schaulust; passiver Exhibitionismus;
b) Zeigelust; aktiver Exhibitionismus (exhibeo = zeigen);
c) Sadismus;
d) Masochismus.

Bei der ersten Gruppe der Perversionen muß die Grenze des Ekels verrückt werden, bei der zweiten entweder die Scham- oder die Schmerzgrenze überwunden werden.

Eine perverse Handlung ist nur dann krankhaft:

1. wenn sich das Streben nach dem inadäquaten Objekt an Stelle des normalen Zieles setzt (Schauen, Exhibieren usw.);
2. wenn sich *ein Teil* des Sexualobjektes von der bestimmten Person loslöst und zum *alleinigen* Sexualobjekt wird (Fetischismus). Zusammenfassend: wenn also in bezug auf *Objekt* und *Ziel Ausschließlichkeit* und *Fixierung* feststellbar sind;
3. wenn in der Überwindung der Widerstände (Scham, Ekel, Grauen, Schmerz) *abnorme Leistungen* vollführt werden: z. B. Koprophagie, Kopro- und Urolagnie (kopros = Kot), (phagie = Essen; lagneia = Wollust), Nekromanie, Nekrophilie (= Leichenschändung, nekros = tot).

¹ KRAFFT-EBING: Psychopathia sexualis. Stuttgart 1886.

² FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. F. Deuticke, Leipzig-Wien 1905.

Bei den Perversionen vollführt also die seelische Arbeit eine unglaubliche Umwandlung des Sexualzieles. Diese Umwandlung ist nicht unähnlich der «Idealisierung der Triebe» (siehe später Sublimation). Darum sagt FREUD: «Das Höchste und das Niedrigste hängen in der Sexualität überall am innigsten aneinander.»

Normal ist die Sexualität nach Freud, wenn

1. die Komponenten, die *Partialtriebe*, unter dem Primat einer einzigen erogenen Zone eine *feste Organisation* gebildet haben; 2. zur Erreichung des Sexualzieles diese Partialtriebe im Dienste der Fortpflanzung an einem *fremden* Sexualobjekt befriedigt werden können; 3. die seelischen Mächte, wie Scham, Ekel, Moralität, vermögen den Trieb innerhalb der normal geltenden Schranken zu bannen (Zivilisation, Erziehung, Religion).

Das Kind ist «*polymorph-pervers*», weil die Partialtriebe sich noch nicht unter das Primat der Genitalien fest organisiert haben.

Partialtriebe nennt er die aus den *erogenen* Zonen ausgehenden sexuellen Streben. Also: 1. Oralität, 2. Analität, 3. Schau- und Zeigelust, 4. Sadismus.

2. Perversion als qualitative Deformation der Partnerschaft

OSWALD SCHWARZ (1935)¹ definiert die Perversion wie folgt:

«*Perversion ist Sexualität als Ausdruck unspezifischen Erlebens.*» Perversionen finden keine Vorstufen in der normalen Sexualität, sondern höchstens *Vorformen* oder Homologa in einer bereits in der Jugend häufig auftretenden defekten Sexualität.

Die Struktur der Perversionen gleicht insoweit der unreifen Sexualität, als die Charakteristika der Reife, nämlich *Spezifität* und *Definität*, von den Perversionen nicht erreicht werden. Ferner ist die Beziehung von Erleben und Sexualität bei den Perversionen dieselbe wie bei gewissen Defektformen der jugendlichen Sexualität (Onanie, Jugendhomosexualität).

Die ganze Sexualpathologie der Perversionen wird nach O. SCHWARZ von folgendem Gesetz beherrscht: «Niemals ergibt im Seelischen eine einfache quantitative Übersteigerung des Normalen ein pathologisches Verhalten, sondern stets handelt es sich um eine *qualitative* Deformation. Die Domäne, auf der sich diese Deformation abspielt, ist das *Grundverhalten* der Geschlechtlichkeit: die *Partnerschaft.*»

Geschlechtlich krank zu sein bedeutet nach diesem Autor «*eine Störung der normalen Koordination der Partnerschaft.*» «*Angehören wird zu Verfallensein und Freiheit der Wahl zum Zwang.*»

Die drei Kriterien der Perversionen nach O. SCHWARZ sind:

1. Die Sexualität der Perversionen wird abnorm durch die *Abnormalität der Partnerschaft.*
2. Die abgearteten Beziehungen zum Partner finden gerade in der *Sexualität* ihren spezifischen Ausdruck und nicht z. B. im Verbrechen. Nach V. KAFKA und O. SCHWARZ bedient sich der Lustmörder nicht der Mordinstinkte auf dem Wege der Sexualität; es liege hier nur eine «*Kombination zwischen Mordlust und Sexualaffekt*» vor.

3. Der Perverse befindet sich – dauernd oder anfallsweise – in einer anderen «*Welt*», in der erst die Objekte oder die Form der Beziehung zu ihnen die spezifische Qualität «*sexuell*» gewinnen können. Es ist demnach nicht nur der Sexualtrieb der Perversionen pervertiert, sondern die ganze Art des In-der-Welt-Seins.

Entscheidend ist nur der spezifische Aufbau und Inhalt dieser «perversionen» Welt.

Die Auffassung von O. SCHWARZ, nach der *Perverse kontaktkranke Individuen sind*, ist richtig.

¹ SCHWARZ, O.: Sexualpathologie. Weidmann & Co., Wien-Leipzig-Bern 1935.

3. Destruktionstheorie nach VON GEBSATTEL¹

Der Sinn der Perversionen ist die *Zerstörung*, die *Verstümmelung* und die *Zerstückelung* des Ganzen. *Die Erhebung eines Teiles zum Ganzen, und zwar unter Ausschaltung des Ganzen, ist das Wesen der Perversionen.* Die perverse Person *revoltiert* gegen die Möglichkeit, durch die weibliche Persönlichkeit angezogen zu werden.

Nach dieser Theorie sind also alle «Paraphilien» *destruktive Reaktionsbildungen*, Revolten gegen das Ganze, gegen die Scham, gegen den Anstand, gegen den Ekel usw. Perversionen wären demnach *Wendungen der Person gegen den Sinn, gegen die Aufbaugesetze und gegen die natürliche Ordnung der erotischen Wirklichkeit.*

4. Deformierungs- oder Entwertungstheorie nach E. STRAUSS²

Perversionen richten sich gegen die positiven Werte. Perversionen können *nur* bei Menschen und nicht bei Tieren vorkommen. Denn sie treten nur dort auf, wo die erotische Wahl ursprünglich durch *die Richtung auf Werte* (z. B. Schönheit) bestimmt ist. *Der Sinn der Perversionen wäre demnach die Entwertung der Werte durch die perverse Tat.* Zum Beispiel: Der erregende Inhalt des sadistischen Erlebnisses ist nicht die Zerstörung an sich, sondern die *Entwertung des Lebens.* *Die Entwürdigung* und nicht die Bemächtigung ist der Sinn des Sadismus. Die *Deformierung* seines Selbst und des Partners, also die Normwidrigkeit macht die Wollust der Perversion aus.

H. KUNZ³ und L. BINSWANGER⁴ halten die Theorie der «Entwertung» für falsch.

Nach KUNZ machen den Kern *aller* Perversionen die destruktiven Zerstörungsimpulse aus; sie sind die Wurzel der perversen Deformierungen.

Die Störung der Zärtlichkeit sei ein wesentliches Merkmal der Perversionen. Denn die Zärtlichkeit trägt die Ganzheit bejahende Tendenz, die Perversion die Ganzheit zerstörende Streben.

5. Die daseinsanalytische Theorie der Perversionen nach L. BINSWANGER und M. BOSS⁵

Diese Theorie lehnt die FREUDSche «Partialtriebtheorie» ab, und zwar mit der Begründung, daß die Existenz der «Partialtriebe» von FREUD «nur angenommen» sei. Die Wirklichkeit des psychoanalytischen Triebsystems ist ein «künstliches Begriffssystem», dem das eigentliche Wesen der Liebe und der Liebesabarten, die Existenz, entschlüpfte.

Man müsse das Wesen der Perversionen aus dem Aspekt der *zwei Grundformen* des menschlichen *Daseins* begreifen und erfassen. Diese sind:

1. die «*endliche*» *Existenzform*: Sie ist durch die Grenzen und Schranken der Wirklichkeit *eingengt*. Daher die *Enge*, die *Isoliertheit*, die *Eigensinnigkeit*, die *Eigenmächtigkeit*, die *Ehrgeizigkeit*, die *Angstbedrohtheit* dieser «endlichen» *Daseinsform*;

2. die «*unendliche*», *duale Daseinsform*: Dieser *duale Seinsmodus* hebt die Grenzen und Schranken zwischen *Abbild* und *Urbild* auf; er gibt eine *Daseinsfülle* an *Unendlichkeit* und *Ewigkeit*, in der von *Ich* und *Du* eine «*Wirheit*» zustande kommt. Diese *Wirheit* heißt *Liebe*.

Die *Daseinsweise* der *Liebe* muß dem *eigensinnigen, eingengten* «*Sonderdasein*» *das Wissen um die Unendlichkeit*, das gläubige Feststehen in der *Ewigkeit* verleihen.

So kommt die «*Dialektik von Liebe und Welt*» zustande.

Perversionen sind im Lichte der *Daseinsanalyse* *Störungen* in der *Dialektik* von *Liebe* und *Welt*; sie sind *Beschränkungen* des *dualen Seinsmodus*, sie sind alle *Formen* des *isolierten, eingengten, eigensinnigen* und *angstbedrohten Existierens*.

¹ VON GEBSATTEL: Über Fetischismus. 1927. Nervenarzt 2, 8.

² STRAUSS, E.: Zit. Arbeit.

³ KUNZ, H.: Zur Theorie der Perversion. Monatsschr. f. Psych., 105, 1942.

⁴ BINSWANGER, L.: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Max-Niehans-Verlag, Zürich 1942.

⁵ BOSS, M.: Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen. H. Huber, Bern 1947.

Verstümmelte Liebesformen kommen dann in Erscheinung, wenn die «Liebes-
transparenz der Daseinsfülle» in der geistigen Persönlichkeitssphäre mehr oder
weniger durch weltbedingte Enge oder Angst beeinträchtigt wird¹.

Die Ursache dieser Beeinträchtigung der «dualen» Daseinsform kann sein:
1. mangelhafte Reifungspotenz, 2. äußere Hemmung der Reife, 3. beide gleich-
zeitig (Boss).

6. Die schicksalsanalytische Theorie der Perversionen

Nach Auffassung der Sch.-A. sind Perversionen schwere Ichstörungen von ganz
spezifischer Natur. Wir stellen zwei Kriterien der Perversionen auf:

Erstes Kriterium der Perversion: die sexuelle Ausschließlichkeit
des Ergänzungs- und Bemächtigungsbedürfnisses

Pervertierte Menschen konzentrieren in aktiver oder passiver Form ihre
Bemächtigungsansprüche und Ergänzungsbedürfnisse *ausschließlich* auf die
Sexualität. Sie sind einfach unfähig, Machtansprüche und Ergänzungsbedürfnisse
auf einem anderen Gebiet als auf dem der Sexualität zu befriedigen. *Sie kennen
und anerkennen nur eine Art der Bemächtigung des Partners und nur eine Besessenheit: die
der Sexualität.*

Im Test kommt dieses Kriterium in folgenden Symptomen zum Vorschein:

Syndrom des (perversen) Lustprinzips:

$\left. \begin{array}{l} p = +1 (0, \pm) \\ d = + (0, \pm) \\ m = + (0, \pm) \\ b = + (0, \pm) \\ s = + (0, -) \end{array} \right\}$	Das will sagen: Die Person ist von sexueller Lust, von den Komponenten der Sexualität völlig besessen.
--	---

Zweites Kriterium: die Störung der «Inbesitznahme-Fähigkeit»

Pervertierte Menschen haben die Fähigkeit verloren, das Sexualobjekt mit
dem Ich in Besitz zu nehmen.

Die Störung der Inbesitznahme-Fähigkeit fußt auf der Erkrankung der Objekt-
idealfunktion des Ichs.

Die eine Gruppe der Pervertierten besitzt zwar die Fähigkeit zur Objektintro-
jektion ($k = +$), aber die psychische Introjektion genügt ihnen allein nicht, um
die *Sicherheit* der Besitznahme zu erlangen. Sie bedürfen noch etwas *Stofflichen*,
so z. B. eines «materiellen» Teils des Sexualobjektes, um es auch «*ichhaft*» zu
haben, zu besitzen. So ist es bei den Fetischisten.

¹ Die zwei Daseinsformen sind nach der Schicksalsanalyse Folgeerscheinungen der *zwei
Ichschicksale*. Die Ichschicksale bestimmen die Daseinsformen. (Exp. Triebdiagnostik, S. 181 ff.)
Die «endliche» Form des Daseins entspricht dem k -Schicksal, die «unendliche» dem
 p -Schicksal. Der «duale» Daseinsmodus ist die *Dualunion* der Sch.-A.

Die «Art des Daseins» als Schicksalsform des Ichs ist aber die Folge dessen, *wie das Ich*
auf die Randtriebe (= Welttriebe) von Sexus und Kontakt reagiert. Die Daseinsanalyse be-
stimmt aber *nur* die Beziehung des p -Schicksals (=dualer Seinsmodus) zum k -Schicksal
(= Sondrexistenz).

Die Ichschicksale (= Daseinsmodi) müssen stets in der Korrelation mit den Rand-
(S-C-) Schicksalen betrachtet werden.

Eine andere und schwerere Form der Pervertierten, die *Sadisten* haben die *Objektidealfunktion völlig verloren und zerstören und entwerten das Objektideal* ($k = -!$), weil sie das Liebesobjekt eben nur in Form der Zerstückelung des Objektes in Besitz zu nehmen vermögen. Die Zerstückelung ist also nicht die spezifische Lustquelle dieser Pervertierten, sondern nur ein Notweg, um das Objekt «stofflich» *de facto* in Besitz nehmen zu können.

Vermutlich ist die Störung der Inbesitznahme-Fähigkeit die Folge der *sexuellen* Ausschließlichkeit des Ergänzungs- und Bemächtigungsbedürfnisses.

Ad 1. Das Kriterium der Ausschließlichkeit des sexuellen Ergänzungsbedürfnisses: $p = +!$

Das Bedürfnis nach Ergänzung, Ganzheit, Vollkommenheit ist ein ursprüngliches Bedürfnis aller Lebewesen, die sich sexuell vermehren. Es ist ein Abkömmling des Bedürfnisses, ein «*Voll*»-Wesen, ein «*Ganz*»-Wesen zu sein.

Vollwesen oder *Ganzwesen* ist das *hermaphroditische Doppelwesen*. Allmächtig ist ein Wesen, das *beide* Geschlechtsorgane besitzt und *darum allmächtig* ist, weil es ein anderes Wesen nicht benötigt, um «ganz» zu sein.

(Vgl. hierzu die hermaphroditischen Doppelwesen in den Legenden der indischen Upanischaden, in den babylonischen und altgriechischen Mythen wie bei Empedokles, Platon usw.)

Ein solches Doppelwesen war jeder Mensch in seiner *ontogenetisch* frühesten embryonalen Phase und vorpersönlich als Urgeschlechtszelle vor der Reduktionsteilung derjenigen zwei Geschlechtszellen, durch deren Vereinigung das «zygotale» Individuum zustande kam.

Dieses *Doppelwesen* ist natürlich *anerotisch*, da ja die erotische Anziehung nur bei sexuellen *Halbwesen* vorhanden ist, und zwar eben mit dem Bedürfnis, wieder ein sexuelles Ganz-, ein geschlechtliches Vollwesen zu werden, und zwar eben durch die *Ergänzung* mit einem andersgeschlechtlichen «Halbwesen».

Allmachtbedürfnis ist also ein Bedürfnis nach *Ganzheit*, welche eine weitere *Ergänzung* mit dem anderen nicht mehr benötigt.

Durch die Reduktionsteilung der Urgeschlechtszellen verliert das Lebewesen seine Ganzheit und so seine Vollwesenheit. Es wird zu einem «Halbwesen». Aus diesem Halbwesentum entspringt der Wunsch nach Vollwesenheit.

Da aber diese *Vollwesenheit* und *Ganzheit* vorpersönlich schon einmal da war, lebt in jedem Lebewesen das Bedürfnis, diese vorpersönliche *Ganzheit* und *Vollwesenheit* wieder zu erlangen. Daher sein Drang, sich mit dem ihm fehlenden Geschlechtspartner seines Halbwesens zu ergänzen.

Diesen *Ergänzungsdrang* nach Ganz- und Vollwesenheit nennt *Platon Eros*, er erscheint für die Schicksalsanalyse im *Genotropismus*.

Genotropismus ist der *Vorgang*, der die *Ergänzung des Halbwesentums zum Voll- und Ganzwesentum ermöglicht*¹.

Das Ergänzungsbedürfnis wird nur dann restlos befriedigt, wenn die Ergänzung zum Vollwesen gelingt.

Ein Mensch ist normal, wenn es ihm genügt, in Form des Koitus sich mit dem fremden Partner zu ergänzen. Das Ergänzungsbedürfnis ist pathologisch,

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse, S. 42 ff.

wenn die Person ihren Ergänzungsdrang auf dem Wege eines normalen Verkehrs nicht befriedigen kann.

Orgasmus ist die höchste Wollust, bei der dieses Voll-Wesensein-Bedürfnis befriedigt wird. Der Orgasmus entsteht in der Minute, in welcher das eine *Halbwesen* das ihm fehlende andere Halbwesen *restlos* in Besitz genommen hat.

Und nun stößt eben diese *restlose Inbesitznahme* des fehlenden Halbwesens in der Wirklichkeit auf mannigfaltige Widerstände.

Vollkommenheit-, Allmacht- und Machtbedürfnis stammen demnach aus dem Urbedürfnis, *beide* Geschlechtsorgane zu besitzen. Das geschieht im Koitus. In dieser *nativen* Dualunion wird das Doppelurwesen mit Penis und Vagina, mit vier Händen und vier Füßen, mit zwei Köpfen und zwei Rücken *für eine kurze Zeit* des Daseins hergestellt. Die übrige Menge der Allmachtenergie wird normalerweise in sozialer oder geistiger Form, in *Dualunionen sozialer oder geistiger Natur* verbraucht.

Der Perverse wird eben dadurch krank, daß er unfähig ist, seine Ergänzungs- und Vollkommenheitsansprüche anders als *sexuell* zu befriedigen.

Ad II. Das Kriterium der Störung in der «Besitznahmefähigkeit»

a) Störungen der Introjektion

Der *Fetischist* ist unfähig, durch einfache Introjektion des geliebten Objektes ein neues Objekt in Besitz zu nehmen. Er benötigt eben *materielle* Bestandteile des ihm fehlenden Sexualobjektes, um das Gefühl des Sich-Ergänzens, also der Ganzheit, der Vollwesenheit, zu erlangen.

Das will sagen: Der Fetischist kommt nur dann zum Orgasmus, wenn er die ihm fehlenden Geschlechtsteile oder deren Ersatzobjekte *de facto an seinem eigenen Körper* materiell fühlt.

Die Besitznahme des Sexualobjektes in Form des Koitus genügt ihm nicht, um sich *ergänzt*, voll, ganz zu fühlen. Er muß einen Teil des Sexualobjektes: Haare, Zopf, Hose, Schuhe, Handschuhe, *de facto* mit der Hand oder irgendwie in Besitz nehmen, weil er sich nur durch diese materielle Besitznahme von Teilen des Gegengeschlechtes in Wirklichkeit ergänzt, ganz, allmächtig fühlt.

Der Fetischist ist demnach krank: 1. in den Ergänzungs- und Allmachtansprüchen, 2. in der *Introjektion*.

$$\text{Er gibt: } \left\{ \begin{array}{l} k = +!!, \pm \\ p = +, \pm, 0\text{-Ichreaktionen.} \end{array} \right.$$

b) Störungen in der Art der Verneinung

Sie besteht darin, daß die Person, da sie unfähig ist, durch einfache Besitznahme des Sexualobjektes ihre Ergänzungsdränge zu befriedigen, das Sexualobjekt, um es als «*totes Material*» *de facto* in Besitz nehmen zu können, zerstört.

Der Lustmörder muß das Liebesobjekt zerstückeln, weil er nur auf diesem Wege das *sichere* Gefühl haben kann, daß er das Objekt *de facto* in Besitz genommen hat.

Daher die Nekrolagnie, d. h. das Liebesobjekt zuerst totschiessen, erwürgen, dann tot mit ihm koitieren. Denn tot gehört es mit den Geschlechtsteilen ihm.

Darum schneiden auch Lustmörder die Brüste, die Genitalien des Liebesobjektes ab, darum schlitzen sie den Bauch der Frau auf, weil sie die weiblichen Geschlechtsorgane *de facto* in Besitz nehmen wollen und um sich so mit dem ihnen fehlenden Geschlechtsteil zu ergänzen.

Der *Analradist* sucht ebenfalls darum einen Abweg zur Befriedigung, weil er in der normalen Lage unfähig ist, das Gefühl zu erreichen, das Liebesobjekt *de facto* in Besitz genommen zu haben.

Der *Masochist* erlebt das gleiche in *passiver* Form wie sein sadistischer Partner in aktiver Form. Er fühlt sich nur dann vom Partner wirklich in Besitz genommen, wenn er restlos in Gewalt des Partners steht, wenn sein Partner über sein Leben und Tod *de facto* verfügt. Die sexualisierte Allmacht erlebt der Masochist in *passiver* Form, und sie erscheint als totale Ergebenheit und Hörigkeit.

Der *Exhibitionist* erlebt seine sexuelle Allmacht in der Weise, daß sich das Objekt, vor dem er exhibiert, *völlig passiv* verhalten muß. *Das Objekt muß vollständig in seiner Macht erstarren*. Er ist nur dann befriedigt, wenn er die Gewißheit hat, daß das Objekt durch ihn, allein durch sein Glied *bis zum Gelähmtwerden* fasziniert wurde und die sexuelle Erregung und das «geile Wohlgefallen» des Objektes ausschließlich durch sein Glied hervorgerufen wurde. Nur dann hat er das Gefühl, daß er das Objekt allmächtig in Besitz genommen hat.

*

Pervertierte sind also *ichkranke* Menschen. Erstens weil sie den Drang nach Ergänzung und Macht ausschließlich *sexuell* befriedigen können. Zweitens weil sie Objekte nur auf dem Wege von *stofflichen Hilfsmitteln* in Besitz zu nehmen vermögen. Darum braucht der Fetischist die Fetische; deshalb exhibiert der Exhibitionist, um durch das Zeigen seines Gliedes sich zu versichern, daß er durch sein Glied die geile Wollust der Frau hervorgerufen hat; darum fesselt der Sadist sein Liebesobjekt, darum zerstückelt, zerschlägt er es, um sich zu beweisen, daß er das Objekt *wirklich* in Besitz genommen hat. Vermutlich können sie die Objekte deswegen nicht in Besitz nehmen, weil sie ihr Ergänzungs- und Machtbedürfnis nur dann befriedigen können, wenn sie das ihnen fehlende Geschlechtsorgan *stofflich de facto* besitzen. Oft brauchen sie Ersatzobjekte des andern Geschlechtsorgans, um sich zum Vollwesen zu ergänzen. Sie wünschen eben die ihnen fehlende Hälfte ihres vorpersönlichen Doppelwesens zu besitzen, und das können sie nur auf dem Abwege und Irrwege der Perversion erreichen.

Pervertierte revoltieren also gegen das Halbvesentum, gegen die Eingeschlechtlichkeit; sie wollen zweigeschlechtlich sein, wie sie einst waren.

Perversion ist also das *Positivum* von Homosexualität und dem Paranoiden, wo die Person sich *entmischen*, zerspalten will, d. h. sie will *nur* allein dasjenige Geschlecht haben, das ihr fehlt, aber das Geschlecht, das sie hat, verleugnet sie. Der Perverse hingegen will *beides* haben.

*

Im folgenden betrachten wir die Perversionen in ihren besonderen Erscheinungsformen.

I. Zur Psychologie des Fetischismus

I. Aufteilung nach Krafft-Ebing

1. Die sexuelle Erregung entflammt sich an einem Teil des weiblichen Körpers, an dem Auge, dem Ohr, der Hand, am Fuß, besonders am Haar (Zopfabsteher).
2. Erregung durch ein Kleidungsstück: Taschentuch, Unterrock, Schuhe usw. Schuhfetischisten zeigen oft Beziehung zum Masochismus; sie lassen sich von elegant beschuhten Weibern treten.
3. Erregung durch bestimmte Stoffe: Pelz, Seide, Samt, Leder usw.

II. Die psychoanalytische Theorie des Fetischismus

FREUD entwickelte die Theorie, daß der Fetisch ein *Penisersatz*, und zwar der Ersatz für den Phallus des Weibes (der Mutter) sei. Aus der Kastrationsangst rettet sich der Knabe so, daß er an die Stelle des mütterlichen Penis den Fetisch stellt. Gleichzeitig entfremdet er sich gegen das wirkliche Genitale. Der Fetisch ist nach FREUD ein «Denkmal des verlorenen Penis der Mutter» und zugleich ein Triumph über die Kastrationsdrohung, also ein *Schutz gegen die Kastrationsangst*. Die Wahl des Fetisches hängt nach FREUD mit dem «Haltmachen der Erinnerung» bei der traumatischen Amnesie zusammen. Z. B.: Fuß-, Schuhfetischismus heißt, daß die Person dort fixiert wurde, wo die Vorstellung oberhalb des Fußes oder der Schuhe verdrängt wurde. Oder: die *Hosenfixierungen* kommen dadurch zustande, daß die Hose die Genitalien der Frau verdeckt und so die Wahrnehmung, daß die Frau keinen Penis hat, rückgängig macht.

Der Fetisch wirkt zumeist *ambivalent*; der Schamgürtel verbirgt einerseits den Penis der Frau, andererseits die Tatsache der Kastration.

III. Die anthropologische Theorie des Fetischismus

1. GEBSATTEL sagt: Der Fetischist revoltiert gegen die Ganzheit und *erhebt einen Teil zur Ganzheit*.
2. STRAUSS unterscheidet einen *aktiven* Fremdfetischismus beim Manne und einen *Autofetischismus* (Narzißmus) bei der Frau. Narzißmus sei das psychische Äquivalent des stofflichen Fetischs.

IV. Die daseinsanalytische Theorie

Boss leugnet nicht die Rolle der ödipalen Kastrationsangst bei der Entstehung des Fetischismus, glaubt aber, daß die Urangst eine primäre Grundbefindlichkeit des Daseins sei und die Kastrationsangst nur eine Durchbruch- und Einbruchsstelle der Existentialangst. Der Fetisch kann auch das *weibliche* Genitale ersetzen (z. B. Schuhe).

V. Die schicksalsanalytische Theorie des Fetischismus

1. Die Ausschließlichkeit des *sexuellen* Ergänzungsbedürfnisses besteht beim Fetischismus darin, daß die Person sich mit den Genitalien des andern Geschlechts ergänzen will, um ein *Ganzwesen* zu werden. Daher: Zopf-, Haar-, Schuh-, Handschuh-, Hosenfetisch.

Der Fetisch ist ein Ersatz für die fehlenden Geschlechtsorgane. Jeder Fetisch kann einmal das weibliche, ein anderesmal das männliche Genitale ersetzen (z. B. Haar).

2. Bei den Fetischisten genügt nicht die einfache psychische Introjektion ($k = +1$) als Ersatz des verlorenen Geschlechtsorgans, sondern die Person benötigt ein stoffliches Etwas, was sie mit *Sicherheit* in Besitz nehmen kann. Das ist der Fetisch.

3. Die *Angst* der Fetischisten ist eine Trennungsangst, d. h. Angst, die Dualunion, also die Voll- und Ganzwesenheit zu verlieren.

Der Fetisch ist ein Schutz gegen die Angst, daß die Dualunion zerfällt.

Jede Dualunion ist eigentlich schon ein Ersatz des Doppelwesentums. Darum wirkt die Krise, der Zerfall der Dualunion immer so traumatisch, weil sie eben die «Eingeschlechtlichkeit», also den Verlust der Ganzheit bedeutet.

Das Triebziel einer Dualunion ist stets das nämliche wie beim Fetischismus: die permanente Ergänzung zum Ganzwesenheit. Sie ist eben eine Doppelunion.

4. Bei gleichgeschlechtlichen Dualunionen sind stets zu unterscheiden: 1. der *aktive*, 2. der *passive* Partner. Anstelle der Ergänzung von *Mann-Weib* stellt sich hier die Ergänzung *aktiv-passiv* ein. Dieser Gegensatz zeigt uns klar, daß jede Dualunion, jede Doppelunion eine *prägenitale*, erotische und nicht unbedingt eine sexuelle Bindung darstellt.

Eine Ganzheit im Ich wird testologisch im Ichbild wie folgt dargestellt:

$Sch = \pm \pm =$ das integrierte Ich; $Sch = \pm 0 =$ das männliche Ich; $Sch = 0 \pm =$ das weibliche Ich.

Ganz, also *integriert* ist das Ich, wenn es *beide* Ich, das weibliche ($Sch = 0 \pm$) und auch das männliche ($Sch = \pm 0$), gleichzeitig hat und verschränken kann.

In einer Dualunion aber sind die Ich der Dualpartner halbiert. Das will sagen: Der *aktive* Partner hat nur das männliche $Sch = \pm 0$, der *passive* nur das weibliche $Sch = 0 \pm$ -Ich. *Beide Partner zusammen* besitzen das integrierte $Sch = \pm \pm$ -Ich. Daher der Wunsch, *ewig* und *ständig* mit dem Dualpartner zusammen zu sein.

Wenn die Dualunion zerfällt, so können *beide* Partner leicht erkranken. Der eine, der *passive*, in Form des Paranoiden, der andere, der *aktive*, in Form einer Zwangsneurose. Beide Formen sind *Halbseinsneurosen*. Das Endziel jeder Ichentwicklung wäre, das *integrierte* Mann-Weib-Ich, also das vollkommene Ich zu erreichen. Dies gelingt aber nur selten.

Das *Syndrom des Fetischismus* ist testologisch also das folgende:

$k = +1$	=	Introjektion,
I. $p = +, \pm, 0$	=	Ergänzungsdrang, Bemächtigungsdrang,
$s = -!$	=	Passivität, Masochismus
$hy = -1, 0, +, \pm$	=	Sich-Verbergen, Scham in der interparoxysmalen Phase; irrealer Phantasiewelt;
		In der Ekstase: Wunsch, mit dem Fetisch zu exhibieren.
II. $p = +, \pm, 0$	}	Dieser Faktorverband ist das <i>Lustsyndrom</i> und ein Hinweis auf Perversion.
$d = +, \pm, 0$		
$m = +, \pm, 0$		
		(Siehe Fall 32.)

Da das Syndrom des Fetischismus dem des Masochismus sehr ähnlich ist, ist eine testologische Differenzierung oft fast unmöglich. Dieser Umstand deckt sich mit der Tatsache, daß Fetischisten alle auch Masochisten sind. (Vgl. Tab. 40.)

II. Zur Psychologie des Masochismus und Sadismus

A. KRAFFT-EBING schreibt: «Unter *Masochismus* verstehe ich eine eigentümliche Perversion der psychischen Vita sexualis, die darin besteht, daß das von derselben ergriffene Individuum in seinem geschlechtlichen Fühlen und Denken von der Vorstellung beherrscht wird, dem Willen einer Person des anderen Geschlechtes vollkommen und unbedingt unterworfen zu sein, von dieser Person herrschend behandelt, gedemütigt, ja sogar mißhandelt zu werden. Diese Vorstellung wird mit Wollust betont.»

Sadismus «ist die Empfindung von sexuellen Lustgefühlen bis zum Orgasmus bei Schen und Erfahren von Züchtigungen und anderen Grausamkeiten, verübt an einem Mitmenschen oder selbst an einem Tier, sowie der eigene Drang, um der Hervorrufung solcher Gefühle willen anderen lebendigen Wesen Demütigungen, Leid, ja selbst Schmerz und Wunden widerfahren zu lassen».

B. MAGNUS HIRSCHFELD schreibt: «In alten Zeiten war die Besitzergreifung des Weibes – ähnlich wie bei der Mehrzahl der Tiere – viel gewalttätiger als heutzutage. (Raube, Entführungssitte, Hochzeitsreise als Reste obiger Handlungen; Raub der Sabinerinnen, Raub der Weiber aus Schilo vom Stamme Benjamins usw.) Die Frau war durch Raub, später durch Tausch und Kauf ein Eigentum des Mannes. Die Frau war ein Teil der Herrschaft des Mannes. Jede Abhängigkeit bewirkt latent eine Auflehnung, und die Frau macht bewußt oder unbewußt die Liebe für den Mann zu einer wahren Leidenschaft. Darin besteht das Geheimnis der ‚Leidlust‘, der Passiophilie. (Der persische Dichter *Rumi* schrieb: ‚Liebe ist ihrer Natur nach Schmerz.‘)»

Metatropismus ist diejenige Abweichung vom Geschlechtstypus, die darin besteht, daß die Frau die *aktiven* «Herrschertriebe», der Mann die *passiven* «Diensttriebe» in der geschlechtlichen und sozialen Beziehung ausübt. *Metatropismus* ist demnach der Inbegriff von männlichem Masochismus und weiblichem Sadismus. Metatropisten können, aber müssen nicht, bisexuell werden.

Der *metatropische Mann* wird wie folgt charakterisiert:

1. *Objektwahl*: a) Heroinen, Amazonen, Germaniafiguren, Viragotypen; b) *Frauen mit körperlichen Fehlern*: z. B. schielende, häßliche Frauen (Descartes), krumme, lahme, verwachsene, bucklige, amputierte, blinde Frauen; c) *Alter der Frau*: hoch (Gerontophilie); d) *stark intellektuelle, herrische, majestätische* «Königin»-Frauen; e) *Stand der Frau*: Prinzessin, Gräfin, Baronin, Erzieherin, Lehrerin, Tierbändigerin, Zirkusreiterin, Reisedamen, Masseusen.

2. *Formen des Masochismus* des Mannes: a) *Erniedrigung im Stand* (Servilismus), Diener-, Sklaven-, Pagenrolle; b) *Erniedrigung im Alter*: Schüler, Zögling, Mama-, Tantebeziehung (pueriler Metatropismus); c) *Erniedrigung im Geschlecht*: Transvestitismus, zoomimischer Metatropismus (Stute, Hund usw. oder Sattel, Zaumzeug, Maulkorb, Hundehalsband, Hunde-

peitsche usw. oder Hundehütte, Käfig); *d*) Erniedrigung zur Sache (impersonaler Metatropismus): Fußbank, Nachtgeschirr, das Brett auf dem geheimen Kabinett usw.

3. *Verkehr mit der Frau*: *a*) Sklavenbriefe, Wortzauber, magische Worte («fesseln», «durchpeitschen» usw.); *b*) strenge Erziehung durch die Frau; *c*) Dieneranzüge: Livrée, Pagenanzug, Zofendienst usw.; *d*) «Roß des Hektors» (vgl. Martial: «Hinter der Tür befriedigen sich selbst die phrygischen Sklaven, wenn auf hektorischem Roß ihre Gebieterin saß»); *e*) *Freiheitsberaubung*: Abhängigkeit, Gefangenschaft, Bänder, Fesseln, Eingeschlossensein; *f*) *Flagellantismus*: Geißelinstrumente, chemische Hautreize zur Schmerzerweckung usw.; *g*) *Pikarismus*: Leck- und Schnüffeldrang, Kopro-, Urolagnie; *h*) *Sukkekubismus*; *i*) *Passiophilie*; *j*) visuelle Passiophilie (Zuschauen beim Quälen anderer); *k*) *Triolismus*.

Die metatropische Frau:

1. *Objektwahl*: Weichlinge, Homosexuelle.
2. *Triebwunsch*: Königin, Tyrann zu sein, andere zu erniedrigen, sich so zu erhöhen, Titel- manie.
3. *Beruf*: Künstlerin, Schriftstellerin, Chefin, Direktorin, Schulleiterin, Schulreiterin, Fechte- rin, Kriegsrin, Masseuse usw.
4. *Verkehr*: *Inkubus!* Herrschen.
5. *Oft*: virile Homosexualität.

Eltern von Masochisten: *Mutter*: viril, männlich, keine Sentimentalität, oft sadistisch, verachtet oder betrügt ihren Mann; *Vater*: weich, gerecht (Arzt, Pastor, Staatsanwalt); *Sohn*: liebt beide, wird von der Mutter geschlagen (Rute = Penis der Mutter, liebt den Vater als Sexualobjekt).

C. OSWALD SCHWARZ sieht in der Abweichung Sadomasochismus die Folge einer *Unterwerfung* des Individuums in der Jugend den Eltern gegenüber. Die jugendliche abnorme Form des «In-Beziehung-Stehens» ist das entwicklungspsychologisch wesentliche Kernphänomen des Sadomasochismus.

Reizquelle: das Erleben des Überwältigten bzw. des Unterliegenden. Für den Masochisten bedeutet der Schmerz nicht die nämliche Rolle wie für den Sadisten. – (Oft ist der Schmerz unangenehm.) Wichtiger ist die «Leistung des Ertragens des Schmerzes» wie bei den Märtyrern. Schmerz wird ertragen, um die *Unterlegenheit* zu genießen und nicht des Schmerzes wegen. Bei dem Sadisten ist es möglich, daß es eine primäre Verbindung von Schmerz und Grausamkeit mit sexueller Erregung gibt, d. h. Sadisten können das Zufügen von Schmerzen als spezifische Reizquelle empfinden. Dies ist aber noch nicht bewiesen, wahrscheinlich ist folgender Mechanismus wirksam: Ein *unspezifisches Kontaktstreben* (Vergewaltigung) schlüpft in die normale Kontaktform hinein.

Beide, Masochismus und Sadismus, sind Kontaktstörungen.

D. *Psychoanalytische Auffassung* (FREUD): Ausgehend von der Theorie von WEISMANN («Über Leben und Tod», 1892, und «Das Keimplasma», 1892), unterscheidet bekanntlich FREUD *Lebens- und Todestriebe*¹.

1. In die *Klasse der Lebenstribe* gehören die *libidinösen Triebe*, also die Triebarten sowohl der Objektlibido (= Sexualtriebe) wie auch die der Ichlibido (= Narzißmus). Die Lebenstribe rühren vom Eros her, also von der Kraft, die die Teilchen der lebenden Substanz aneinander- treibt und zusammenhält.

2. *Todestriebe* haben als Endziel die Zurückführung der lebenden Substanz in den leblosen Zustand, also die Regression zur Urstufe des anorganischen Daseins. In diese Klasse der Todestriebe gehören die nichtlibidinösen Triebe, die FREUD in dem primären *Selbstzerstörungs- trieb*, in der *Autodestruktion* vorzufinden glaubt. Durch die Todestriebe wäre die FECHNERSche *Tendenz zur Stabilität* im Sinne eines *Nirwanaprinzips* nach BARBARA LOW erfüllt.

Das *Nirwanaprinzip* drückt also die Tendenz des Todestriebes aus, das *Lustprinzip* vertritt den Anspruch der Libido, also den des Lebenstriebes und dessen Modifikation, das *Realitäts- prinzip*, den Einfluß der Außenwelt.

Der *Masochismus* tritt in drei Gestalten unseren Beobachtungen entgegen: 1. als eine Bedingtheit der Sexualerregung; 2. als ein Ausdruck des femininen Wesens; 3. als eine mora- lische Norm des Lebensverhaltens.

Man kann demnach drei Formen des Masochismus unterscheiden: 1. den *erogenen*, 2. den *femininen*, 3. den *moralischen* Masochismus (als Strafbedürfnis).

Ad 1. *Erogener Masochismus*: im Hintergrund stehen Wünsche wie Kastriertwerden, Koitiert- werden, Gebären; es sind Ansprüche *a potiori*, obwohl viele Elemente auf das Infantilleben hinweisen. Im *erogenen* Masochismus finden wir die Reste des *Selbstzerstörungstriebes*, vermischt mit Lust, die von den erogenen Zonen kommt (Oral-, Analmasochismus).

¹ Vgl. FREUD: Jenseits des Lustprinzips. Ferner: Das ökonomische Problem des Maso- chismus, Bd. V, S. 374 ff.

Ad 2. Der *feminine Masochismus* ist die physiologische Situation der Frau beim Beischlaf.
 Ad 3. Der *moralische Masochismus* ist von der Sexualität schon gelockert. «Das Leiden selbst ist das, worauf es ankommt», unabhängig vom Liebesobjekt. Der moralische Masochismus kann sogar von unpersönlichen Mächten oder Verhältnissen verursacht sein.

Hinter dem moralischen Masochismus steckt nach FREUD das *Strafbedürfnis*, das unbewußte Schuldgefühl. Menschen mit moralischem Masochismus stehen nicht unter der Herrschaft eines zu *strengen* Über-Ichs, sie sind sich solcher Übermoral nicht bewußt. Bei dem moralischen Masochismus fällt der Akzent nicht auf den gesteigerten Sadismus des Über-Ichs, dem das Ich sich unterwirft, sondern eben *auf den eigenen Masochismus des Ichs*, welches bestraft werden will, sei es vom Über-Ich, sei es von andern Mächten (Eltern, Lehrer, Gesellschaft usw.). Der Sadismus des Über-Ichs wird meist bewußt (Gewissensbisse, Schuldbewußtsein); der Masochismus des Ichs hingegen ist stets unbewußt (unbewußtes Schuldgefühl, Strafbedürfnis).

Der *moralische Masochismus ist also ein unbewußtes Strafbedürfnis von seiten einer elterlichen Macht*. Der geheime Sinn des moralischen Masochismus ist demnach der *neubelebte Ödipuskomplex*, eine Regression von der Moral zum Ödipuskomplex. Um die Bestrafung durch Eltern oder Elternvertretung (Schicksal) zu provozieren, muß der Masochist das Unzweckmäßige tun; darum arbeitet er gegen seinen eigenen Vorteil und zerstört die besten Aussichten seines Schicksals.

Bei dem *kulturellen Masochismus* ereignet sich zumeist die Rückwendung des Sadismus gegen die eigene Person.

Die Quelle der Sittlichkeit ist nach FREUD eine doppelte: 1. der Sadismus des Über-Ichs, 2. der Masochismus des Ichs. Während aber der Sadismus des Über-Ichs durch Desexualisierung des Liebesobjektes (Introjektion) zustande kommt, ist der Masochismus wieder sexualisiert.

Sadismus ist nach FREUDS Theorie die *Projektion* des primären Autodestruktionstriebes. Sadismus ist demnach das *sekundäre*, Masochismus oder Selbsterstörungstrieb das primäre Phänomen.

Die Libido (Lebenstrieb) hat die Aufgabe, den destruirenden Trieb unschädlich zu machen, und entledigt sich seiner, «indem sie ihn zum großen Teil und bald mit Hilfe eines besonderen Organsystems, der Muskulatur, nach außen ableitet, gegen die Objekte der Außenwelt richtet». Diese Auffassung FREUDS bezüglich des Ursprungs des Sadismus wird von vielen Psychoanalytikern gelugnet. (Vgl. in diesem Buch Kapitel II D.)

E. Die schicksalsanalytische Auffassung des Sadismus und Masochismus

Im Triebsystem der Schicksalsanalyse fungiert der *Sadismus* als ein aprioristisches, genbedingtes Bedürfnis, als das Bedürfnis *s*. Dieses wird nach der Gentheorie durch ein selbständiges Triebgen (*s*) determiniert, welches ähnlich wie die anderen Triebfaktoren eine multiple Allelreihe ($s_1, s_2, s_3, s_4 \dots$) darstellt.

Masochismus ist psychologisch die Wendung des Sadismus gegen die eigene Person. Das will sagen: Masochismus ist nur eine spezifische Form des Sadismus, d. h. in der Variationsreihe des Phänotypus des Sadismus.

Genbiologisch steckt demnach hinter dem Masochismus eine besondere Allelvariation des *s*-Gens. Darum spricht die Schicksalsanalyse von einer selbständigen Anlage zum Masochismus ($-s$) und von einer Anlage zum Sadismus ($+s$), dessen polar entgegengesetzte Strebung als $-s$ die Tendenz zum Masochismus darstellt.

Die zwei Allelvariationen $+s$ und $-s$ sind am entgegengesetzten Ende der Allelreihe zu finden. Wenn wir demnach die Aufteilung der Triebe nach Freud in *Todes-* und *Lebenstrieb* in unserem Triebsystem «topographisch» zu lokalisieren versuchen, so entspricht obigen Triebarten *nur ein Faktor*, und zwar der Faktor «*s*». Dem «Todestrieb» entspricht die Reaktion $s = -!$, dem Lebenstrieb die Reaktion $s = +$.

Natürlich sind genbiologisch bestimmte *Faktorkoppelungen* am Werke, und es wäre falsch, zu glauben, daß das Phänomen Todestrieb = primärer Masochismus oder Lebenstrieb = Sadismus im Experiment *monofaktoriell* darstellbar sei.

Beide Erscheinungen sind testologisch wegen faktorieller Koppelungen *polyfaktoriell* diagnostizierbar.

I. Syndrom des primären Masochismus (= Todestriebes)

1	2	3	4	5	$s = -$	= Wendung des Sadismus gegen die eigene Person
—	—	+	—	+,0	$d = -$	} = inzestuöses Anhängen.
s	d	m	k	p	$m = +$	
					$k = -$	= Anpassung oder Bekämpfung
					$p = +$	= der Besessenheit von der Inzestliebe oder
					$k = -$	} = Verdrängung der Inzestliebe.
					$p = 0$	

II. *Syndrom des sekundären Masochismus, welcher durch Introjektion, d. h. durch Desexualisierung des Inzestobjektes zustande kommt*

1	2	3	4	5	
—	—	±	+	—	
<i>s</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	

<i>s</i> = —	=	Wendung des Sadismus gegen die eigene Person;
<i>d</i> = —	oder 0	} die Inzestbindung wird unsicher;
<i>m</i> = ±	oder 0	
<i>k</i> = +	}	Introjektion des Inzestobjektes
<i>p</i> = —	}	mit Projektion (Beschuldigung?)

III. *Syndrom des Sadismus*

<i>s</i> = +!	}	<i>Analsadismus.</i>
<i>d</i> = +		

Lustsyndrom oder Perversionsyndrom

1	2	3	4	
—!	+	+	+	<i>k</i> = —!
<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	

<i>k</i> = —!	=	Entwertung und Destruktion oder Unfähigkeit, das Objekt in Besitz zu nehmen.
<i>p</i> = +	=	Ergänzungsdrang, Allmachtbedürfnis
<i>d</i> = +	=	Analität
<i>m</i> = +	=	Oralität, Anklammerung.

(Siehe Fälle 33 und 34.)

*

Die experimentelle Triebforschung teilt die Perversionen auf Grund der Art der Ichstörung in zwei Gruppen ein:

I. Introjektive Perversionen:

- | | | |
|-----------------|---|---------------|
| 1. Fetischismus | } | <i>k</i> = +! |
| 2. Masochismus | | <i>s</i> = —! |

II. Destruktive (entwertende) Perversionen:

- | | | |
|---------------------------------------|---|---------------|
| 1. Sadismus, perverse Gewalttätigkeit | } | <i>k</i> = —! |
| 2. Exhibitionismus | | <i>s</i> = +! |

Diese pathomechanistische Aufteilung der Perversionen hat sich in der Praxis bewährt: Fetischisten sind oft auch Masochisten, dagegen sind Sadisten und Lustmörder in einer Phase ihrer Entwicklung oft Exhibitionisten.

Tabelle 40 gibt eine Übersicht über die experimentelle Syndromatik der Perversionen. Diese Zusammenstellung ist derzeit eine vorläufige, da wir nur über eine kleine Zahl der verschiedenen Perversionsfälle verfügen.

Kasuistik. Ein Beispiel zum Fetischismus

Fall 32. Ein Schweißhand-Fetischist

Der 20jährige asthenisch-hochwüchsige Alexander wurde vom Vater in meine Sprechstunde begleitet. Der Vater beklagt sich, sein Sohn wäre abnormal faul, unfähig, die längst fälligen Prüfungen an der Universität abzulegen, er ist

Tabelle 40. Experimentelle Syndromatik der Sexual-Psychopathien

Art der Perversion → Experimentelle Syndromatik ↓	A. Introjektive Perversionen	
	1. Fetischismus	2. Masochismus
I. Lösungsart der Triebgegensätzlichkeiten	1. Unitendenz der <i>Introjektion</i> . 2. Unitendenz des <i>Masochismus</i> . (Weibliche diagonale Spaltung im Sexus.)	1. Unitendenz im <i>Masochismus</i> . 2. Unitendenz in der Introjektion oder Inflation.
II. Triebklasse	<i>Sch</i> k ⁺ mit <i>S</i> s ⁻ , <i>C</i> m ⁺ , <i>P</i> e ⁺ - oder <i>S</i> b ⁺ -Klassen.	tri- oder quadriäqual: <i>S</i> s ⁻ , <i>S</i> chp ⁺ oder <i>S</i> ch <i>k</i> ⁺ , <i>C</i> m ⁺ oder <i>C</i> d ⁺ , <i>P</i> e ⁺ oder <i>P</i> by ⁻
III. Triebformel	$\frac{p^0 \quad d^0}{e^+, s^-; \quad k^+, m^+ (b^+)}$	a) $\frac{k^0 \pm; d^0}{p^+ (m^+) s^-}$ b) $\frac{p^0(\pm) \quad d^0}{k^+ \quad m^+ \quad s^-}$
IV. Besondere Triebgefahren	1. Hyperintrojektion = <i>Sch</i> = +! 0 2. Masochismus = <i>s</i> = --!	1. Masochismus = <i>s</i> = --! 2. Entweder eine Hyperintrojektion = <i>Sch</i> = +! 3. oder eine Inflation = <i>Sch</i> = 0 + 4. oder beide = <i>Sch</i> = +
V. Faktorielle Quantumspannungen	1. Masochismus = <i>s</i> = --! 2. Gutmachung = <i>e</i> = +! 3. Introjektion = <i>k</i> = +!	1. Masochismus = <i>s</i> = --! 2. Introjektion = <i>k</i> = +! oder 3. Inflation = <i>p</i> = +! 4. Seltener: Analität = <i>d</i> = +!
VI. Die Mitte	$\begin{array}{cccc} e & by & k & p \\ + & -(\pm) & + & 0 \\ + & 0 & + & 0 \\ + & 0 & + & \pm \\ + & + & + & 0 \end{array}$	$\begin{array}{cccc} e & by & k & p \\ + & (0) & - & + \\ + & (0) & - & 0 \\ + & (0) & - & + \\ + & & - & 0 \end{array}$
VII. Pathognostischer Faktorenverhand	$\begin{array}{cccccc} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 \\ + & 0 & 0, + & \pm (0) & -! & +! \\ k & p & d & m & s & e \end{array}$ Lustsyndrom	$\begin{array}{cccccc} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 \\ + & 0 & 0 (+) & + (0) & -! & + (0) \\ k & p & d & m & s & e \end{array}$ oder $\begin{array}{cc} 0 & + \\ k & p \end{array}$ Lustprinzip.
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Hyperintrojektion = <i>Sch</i> = +! 0 2. Zwang = <i>Sch</i> = ± 0	1. Entweder Introjektion = <i>Sch</i> = + 2. oder Inflation = <i>Sch</i> = 0 - 3. oder Introinflation = <i>Sch</i> = +
IX. Besondere Kontaktstörung	1. Akzeptationsdrang = <i>C</i> = 0 + 2. Ambivalente Bindung = <i>C</i> = 0 ±	1. Anklammerungsdrang = <i>C</i> = - -; oder 0 0 2. Abtrennungsdrang = <i>C</i> = + - , ±
X. Besondere Sexualstörungen	1. Masochismus = <i>S</i> = 0 --! <i>S</i> = + --!	1. Masochismus = <i>S</i> = 0 --!, + --! <i>S</i> = ± --!, -- --!
XI. Besondere Affektstörungen	1. Gewissensdilemmen = <i>P</i> = +! - -; ± ±; + ± 2. Phobic: <i>P</i> = + 0	1. Gewissensangst = <i>P</i> = + - - 2. Sensitive Beziehungsangst = <i>P</i> = 0 - - 3. Affektfülle = <i>P</i> = + +

Tabelle 40. Experimentelle Syndromatik der Sexual-Psychopathien (Fortsetzung)

Art der Perversion →	B. Destruktive (entwertende) Perversionen																																																																					
Experimentelle Syndromatik ↓	3. Sadismus und perverse Gewalttätigkeit (Lustmord)	4. Exhibitionismus																																																																				
I. Lösungsart der Triebgegensätzlichkeiten	Diagonale, ödipale Spaltung, insbesondere in der Mitte	(Vorläufige Mitteilungen nach Dr. Waldler)																																																																				
II. Triebklasse	Tri- und Quadriäquivalenz folgender Klassen: $P_{hy-}, P_{hy+}, S_{cb-}, S_{cb+}, S_{s+}, S_{s-}, S_{b+}, C_{m-}, P_{e-}, C_{d+}, C_{m+}$	Tri- und Quadriäquivalenz: $P_{hy-}; (P_{e+}, C_{d+})$																																																																				
III. Triebformel a) Symptomfaktoren b) Wurzelfaktoren	1. $\frac{e^0 k^0}{hy-p+s+!(s-!!)}$; 2. $\frac{e\pm 0 d^0 s\pm 0}{hy+m-b+!}$; 3. $\frac{e^0 d^0 p\pm(0)}{hy-m-k-}$; 4. $\frac{d^0(\pm) p\pm(0)}{m-(m+)k-b+!s+!!}$; 5. $\frac{s^0\pm d^0\pm hy\pm 0}{b+!!m+!!e-}$; 6. $\frac{h^0 s^0 p\pm m\pm 0}{k-d+}$	$\frac{e^0}{k-, p+, d+, m+}$ $\frac{hy-; b+ s-}{}$																																																																				
IV. Besondere Triebgefahren	1. Kainanspruch = $P = - +$; 2. Inflation mit Entwertung = $S_{cb} = - +$; 3. Entfremdung = $S_{cb} = - \pm$; 4. Haltlosigkeit = $C = 0 -$; 5. Sadomasochismus = $s = +!$ oder $s = -!$	Unterdrückung des Exhibitionsdranges: $hy = -!$ in der interparoxysmalen Phase.																																																																				
V. Faktorielle Quantumspannungen	1. Zärtlichkeitswunsch = $b = +!$ 2. Sadismus — Masochismus = $s = +!$ $s = -!$ 3. Abtrennung — Anklammerung = $m = -!$ $m = +!$ 4. Projektion — Inflation = $p = -!$ $p = +!$ 5. Wut aufstauung = $e = -!$ 6. Erwerbungsdrang = $d = -!$	1. Unterdrückung des Sadismus = $s = -!$ 2. Aufstauung der Zärtlichkeit = $b = +!$ 3. Inflation = $p = +!$																																																																				
VI. Die Mitte	<table border="1"> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>-</td><td>+ (±)</td><td>-</td><td>+ (±)</td></tr> <tr><td>-</td><td>0</td><td>-!</td><td>+ (±)</td></tr> <tr><td>-</td><td>0</td><td>0</td><td>-!</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>+ (±, 0)</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>± (+)</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>-</td><td>-</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>±</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>±</td><td>-!</td><td>-</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> </table> Negative Mitte	e	hy	k	p	-	+ (±)	-	+ (±)	-	0	-!	+ (±)	-	0	0	-!	0	-	-	+ (±, 0)	0	0	0	± (+)	0	0	-	-	e	hy	k	p	±	-	-	-	+	-	-	-	+	±	-!	-	-	-	-	-	<table border="1"> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>±</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>-</td><td>±</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>±</td></tr> <tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>0</td></tr> </table>	e	hy	k	p	0	-	-	±	0	0	-	±	0	-	-	±	-	-	-	0
e	hy	k	p																																																																			
-	+ (±)	-	+ (±)																																																																			
-	0	-!	+ (±)																																																																			
-	0	0	-!																																																																			
0	-	-	+ (±, 0)																																																																			
0	0	0	± (+)																																																																			
0	0	-	-																																																																			
e	hy	k	p																																																																			
±	-	-	-																																																																			
+	-	-	-																																																																			
+	±	-!	-																																																																			
-	-	-	-																																																																			
e	hy	k	p																																																																			
0	-	-	±																																																																			
0	0	-	±																																																																			
0	-	-	±																																																																			
-	-	-	0																																																																			
VII. Pathognostischer Faktorenverband	A. Mörder-«E»-Syndrom = $\frac{1 \quad 2 \quad 3}{e \quad p \quad k \quad m}$ 1 2 3 B. Mörder-«E» mit Ventil im Faktor «e» = $\frac{0 \quad - \quad -}{e \quad p \quad k \quad m}$ e p k m C. Perverstes Lustsyndrom = $\frac{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4}{-!+! \quad 0- \quad +(0) \quad -+}$ $\frac{5 \quad 6 \quad 7}{+(0\pm) \quad +(0\pm) \quad +(0\pm)}$ s e hy k p d m Lustsyndrom	Perverstes Lustsyndrom mit $P = 0 -!$																																																																				
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Inflation mit Entwertung: $S_{cb} = - +$ 2. Entfremdung = $S_{cb} = - \pm$ 3. Projektion = $S_{cb} = - -!!$	1. Inflation = $S_{cb} = - +$ 2. Entfremdung = $S_{cb} = - \pm$ 3. Verdrängung = $S_{cb} = - 0$																																																																				
IX. Besondere Kontaktstörung	1. Untreue Bindung = $C = + - (+ 0)$ 2. Haltlosigkeit = $C = 0 -$ 3. Biobjektive Bindung = $C = + +$ 4. Annahmehedürfnis = $C = 0 +!!$	1. Biobjektive Bindung = $C = + +$ 2. Desintegration = $C = 0 0$ 3. Untreue = $C = + -$																																																																				
X. Besondere Sexualstörungen	1. Sadomasochismus = $S = + +!$, $0 +!$ $S = + -!$, $0 -!$ $S = 0 \pm$, ± 0	1. Unterdrückung des Sadismus = $s = -!$ $S = + -!$ $S = +! +!$; $-! -!$																																																																				
XI. Besondere Affektstörungen	1. Panik = $P = - -$ 2. Kainanspruch = $P = - 0, - +, - \pm$ 3. Sensitive Beziehungsangst = $P = 0 -$ 4. Gewissensangst = $P = + -, + \pm$ 5. Affektentladung = $P = 0 0$	1. Sich-Verbergen = $hy = -!$ (Schamhaftigkeit) $P = 0 -$ 2. Selten: Exhibieren = $hy = +!$ $P = 0 +$ 3. Affektentladung = $P = 0 0$ $P = 0 \pm$																																																																				

dekonzentriert, spielt den ganzen Tag Bridge, ist schmutzig, unordentlich, willensschwach und kindlich egoistisch. Er habe Angst, daß sein Junge auch sexuell nicht in normaler Richtung entwickelt sei.

Der Junge verteidigt sich gegenüber den Anklagen des Vaters mit seiner Liebe zu einem Freund. Niemals kam es mit ihm zu einer körperlichen Beziehung, aber er muß stets an den Freund denken und ist auf ihn sehr eifersüchtig. Bei den weiteren Besprechungen entpuppte sich sein *Handfetischismus*. *Er wird nur von einer feuchten, übelriechenden Hand sexuell erregt*. Mit dieser Phantasie onaniert er. Alles andere im Sexus interessiert ihn nicht. Zur Geschichte dieser fetischistischen Fixierung erzählte der Proband folgendes:

Er war etwa neun Jahre alt, als eine zojährige Köchin, die er sehr liebte und der er in die Küche stets nachlief, mit einem schmutzigen, feuchten Küchenwaschlappen ihn ins Gesicht schlug. Dieser Schlag war für ihn ein «Schicksalsschlag». Die Handlung erregte ihn damals sexuell so sehr, daß er nach diesem Erlebnis den schmutzigen Waschlappen, mit dem das Mädchen arbeitete, insgeheim an sein Gesicht drückte und onanierte. Später phantasierte er über Hand und Arm dieser Köchin und stellte sich in der Phantasie den ersten erregenden Geruch ihrer von Schweiß und Schmutz riechenden Hand vor. Es kamen Phasen von ekzessiver Onanie stets mit der nämlichen Phantasie.

Zur Zeit der Pubertät stellte sich die Hand eines Freundes an Stelle der des Küchenmädchens. Um die Hand des Partners riechen zu können, provozierte er Raufereien und Ring-szenen. Oft war er in diesen Jungen erst verliebt, aber nie erregte ihn jemand als ganze Person, stets *nur die Hand* dieser Person. Neben dem «Handfetisch» gibt es nur eine Szene, die ihn in ähnlicher Weise zu erregen vermag, *das Schlagen*. Auch die Schlagphantasien wurzeln in der kindlichen Vergangenheit. Als er sich einmal seinem Kinderfräulein gegenüber grob benahm, sagte ihre Kameradin zu ihm: «Wenn du mir das getan hättest, so hätte ich dich so geschlagen, daß du geschwitzt hättest.» Damals kam die erste Erregung auf die Vorstellung: er wird geschlagen. Sah er zufallsweise, daß man jemanden schlug, so bekam er Erektion.

Eine andere Ersatzhandlung war *das Riechen von Handschuhen, abgelegten Hemden, Unterhosen*, die er zumeist selber trug. Geruch und Hand behalten noch immer ihre dominante Rolle, obschon ihm heute das Berühren der Hand seines Freundes wohl tut. *Mädchen spielen gar keine Rolle in seiner Phantasie, auch homosexuelle Annäherungen interessieren ihn nicht*, obschon er mit Männern – der Hände wegen – gern tanze. Er weiß schon, daß er mit dieser Art des Lustsuchens einmal abbrechen müßte. «Am liebsten wäre mir», sagte er, «wenn man mich durch Hypnose einschläfern könnte und alles so verginge.» Wenn es trotzdem nicht so rasch ginge, dann möchte er die Lust an der Hand doch nicht aufgeben. Für ihn ist die Sache nicht dringend.

Er liebt und kann Torten backen, lügt oft, hat stets Streit mit der Mutter, ist leicht haß-erfüllt und hat für «Krach» besonderes Interesse. Spielt leidenschaftlich den ganzen Tag Karten¹, und am liebsten möchte er Schauspieler werden. Vater: Gutsbesitzer, ein Sanguiniker, der den Probanden als Kind oft schlug. Früher hing der Proband an dem Vater, heute nicht mehr. Mutter ist putzsüchtig, krankhaft ordentlich, kleinlich, pedantisch und pünktlich, sehr streit-süchtig und predigt immerfort. Proband haßt sie. Die Beziehung der Eltern zueinander ist gut. Der vier Jahre ältere Bruder ist im Gegenteil zum Probanden fleißig, studiert mit Erfolg, hat viele Mädchenbeziehungen. Die Beziehung der Brüder zueinander ist nicht gut. Sie streiten viel, und früher schlugen sie sich gegenseitig.

Von seinen Krankheiten müssen wir die *asthmoiden* Anfälle hervorheben, die den Probanden seit dem neunten Jahre, also seit Beginn seiner Sexualabnormität quälen.

Die Entstehungsgeschichte des Fetischismus bei Alexander ist ein Musterbeispiel für die Rolle der *Ad-hoc-* oder *Momentintrojektion*, welche bei dem Probanden durch das Ichbild *Sch* = + 0 und *Sch* = +! 0 experimentell nachgewiesen wurde. (Vgl. Bd. II, Introjektion.)

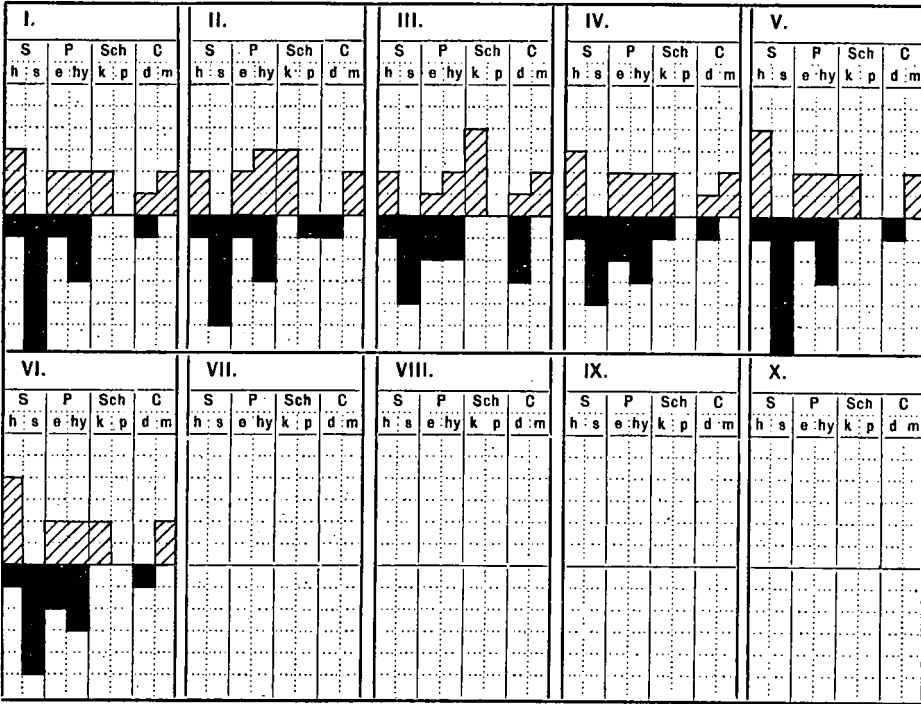
Wir verfertigten sechs übliche Profile von dem Jungen, und er lieferte sechsmal das Ichbild der totalen Introjektion.

¹ FREUD faßt das «Glücksspielen» als einen verdeckten Masochismus auf. (Vgl. Dostojewski und die Vätertötung, Bd. XII, S. 7.)

Handfetischist

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1949:	S	P	Sch	C	Σ	Σ'	Σ''
Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
I.	+ -III	+ \pm	+ 0	0 +	2	1	3
II.	+ -II	+ \pm	+ 0	0 +	2	1	3
III.	+ -I	- \pm	+! 0	- +	1	1	2
IV.	+ -!	\pm \pm	+ 0	0 +	2	2	4
V.	+! -III	+ \pm	+ 0	0 +	2	1	3
VI.	+! -II	\pm \pm	+ 0	0 +	2	2	4
VII.							
VIII.							
IX.							
X.							
Σ 0	0 0	0 0	0 6	5 0	11		
Σ \pm	0 0	2 6	0 0	0 0		8	
T. sp. G.	0 0	2 6	0 6	5 0			19
Latenzgrösse	S = .0	P = .4	Sch = .6	C = .5			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma' 0}{\Sigma \pm} = \frac{11}{8} = 1.3$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$hy^{\pm}_6; P^0_6; d^0_5;$
Submanifeste bzw. sublatente:	e^{\pm}_2
Wurzel-Faktoren:	$h^+_0; s^0_0; k^+_0; m^+_0$

3. Latenzproportionen:

$Sch^+ : Cm^+ : Pe^+ : S$
 $6 : 5 : 4 : 0$

4. Triebklasse:

Sch^+, Cm^+, Pe^+ triaequal

Abb. 49. Fall 32. Schweißband-Fetischist, 20jähriger Student

Tabelle 41. Theoretische Komplementprofile zum Fall 32

1949	Nr.	S		P		Sch		C	
		b	s	e	hy	k	p	d	m
21. 6.	I	—	+!!!	—	0	—	±	±	—
	II	—	+!!	—	0	—	±	±	—
	III	—	+!	+	0	—!	±	+	—
	IV	—	+!	0	0	—	±	±	—
	V	—!	+!!!	—	0	—	±	±	—
23. 6.	VI	—!	+!!	0	0	—	±	±	—

Auf Grund der zwei Tabellen können wir den Vordermann und seinen Hintergänger triebpsychologisch wie folgt darstellen:

Analyse des Vorgängers

Der Vordermann ist:

1. ausgeprägt *polymorph pervers*. Profile I, II, IV, V und VI =

Seine Perversionen sind:

a) *analer Masochismus*: Proband unterwirft sich einem «stinkenden» Objekt oder einer Schlagphantasie =

b) *Rivalisierung* mit Unterwerfung seiner eigenen Person (Ringen, Raufen usw.) =

c) *Fetischismus* und *Masochismus* =

2. Die Perversionenansprüche werden von dem Vordermann *bejaht* =

3. Sehr starke ethische Dilemmen, aber seine Zensur ist dennoch äußerst schwach =
auch der ethische Zensor ist unsterblich =

Testologisch:

p	d	m	s
0	0	+	—!!
Lustsyndrom			

d = 0
s = —!!
p = 0
d = 0
s = —!!
k = +!
s = —!!!
m = +
k = +

P = ± ±; + ±
hy = ±, k = +
e = +, —, ±

Auf die Frage, welche entgegengesetzten Triebansprüche von ihm introjiziert werden, können wir durch die Analyse der Diskrepanz zwischen Vorder- und Hintergänger antworten:

Analyse des Hintergängers (Theoretische Komplementprofile)

1. Der Hintergänger zeigt das klassische *Mördersyndrom*. Er liefert dreimal in 6 Profilen (Profile I, II, V) das Bild eines eifersüchtigen Affektmörders =

2. Der sadistische Kain kommt in den Profilen I, II, V zum Ausdruck =

3. Er hat Angst vor diesem Kain =

4. und flüchtet sich in irgendein paroxysmales Symptom (asthmoide Anfälle) =

5. Ist stets von Eifersucht heimgesucht =

6. Selbstentfremdung mit Konzentrationsstörungen =

7. Versucht seine Weiblichkeit und Verlassenheit zu verneinen =

Testologisch:

e	k	p	m
—	—	±	—
«Mörder-Ea»			

S	P
—	+!! — 0

P = — 0 }
+ 0 }

e = —, +, 0

Sch = — ±

k = + fehlt

p = ±, m = —
k = —

Auf Grund der Analyse des Vorder- und Hintergängers läßt sich über die Triebgegensatzspannung unseres Falles folgendes sagen:

1. Im Vordergrund steht der Masochist, im Hintergrund der rachsüchtige und eifersüchtige Sadist, der Affektmörder.

2. Das Gegensatzpaar «Masochist-Sadist», «Kain-Abel» wird dem Ich einverleibt ($k = +$). So kommt eine merkwürdige Reaktionsbildung im Ich zustande, die im Sexus eine Abfuhr findet, und zwar in Form von fetischistisch-masochistischen Phantasien:

a) Geschlagen-Werden, Unterworfen-Sein; daher sucht er mit dem Partner, dem er stets unterliegt, zu ringen, zu raufen;

b) der Wunsch, besudelt, beschmutzt, erniedrigt zu werden; daher das Suchen von übelriechenden Händen (Fetischismus).

Den psychischen Pathomechanismus müssen wir uns in diesem Fall auf Grund der analytischen Besprechungen mit dem Jungen etwa so vorstellen: Unser Alexander war als Kind inzestuös an die Mutter gebunden. Die Mutter aber war stets streng, machte immer Krach, stritt immerfort mit ihm. Er übertrug die Inzestliebe auf das Küchenmädchen und fing an, die Mutter zu hassen. Dieser Konflikt zwischen Liebe und Haß bringt ihm die ersten asthmoiden Anfälle. Er «erwürgt sich selbst», weil er die streitsüchtige Mutter, von der er keine Liebe bekommt, nicht erwürgen kann. Die ethischen Dilemmen wachsen von Jahr zu Jahr. Die Aggressionsphantasien ziehen sich in den Hintergrund zurück, und da wird er von dem Küchenmädchen ins Gesicht geschlagen, und zwar *mit einem schmutzigen, übelriechenden Waschlappen*. Dieses Mädchen liebt er inzestuös, wie er einst die Mutter geliebt hat. Der Schlag ins Gesicht von dem Liebesobjekt fällt zeitlich mit einer sexuellen Erregung zusammen. Alexander *introjiziert die affektbeladene Szene mit allen Bestandteilen* (Schlagen, Waschlappen, Schmutz, übler Geruch) *und bleibt an diese Szene und an dieses Detailobjekt fixiert*. So entsteht bei ihm 1. die masochistische Einstellung dem Partner gegenüber, 2. der Schweißhand-Fetischismus und 3. dessen Übertragung auf Jungen zur Zeit der Pubertät.

*

Der Fall ist ein Musterbeispiel für die Auffassung, wie eigentlich bei Fetischisten die Fixierung an das Fetischobjekt durch die «Momentintrojektion» einer erregenden und affektbetonten Situation zustande kommen kann. Ferner zeigt uns der Fall klar den triebpsychologischen Zusammenhang zwischen *Fetischismus und Masochismus*. Gegenstände wie die Hand, mit der man das gehaßte Objekt erwürgen könnte, der Fuß, der Schuh, mit dem man das gehaßte Objekt zertreten könnte, werden zu liebeserregenden Fetischen, weil ja das gehaßte Objekt (Hand, Fuß und so fort) gleichzeitig auch geliebt wird. Liebe und Haß, Gegenstände der Zärtlichkeit und der Aggression, werden als Gegensätze introjiziert und erscheinen durch Symptombildung als Fetischismus und Masochismus. Die Bipolarität «Liebe und Mord», «Masochismus und Sadismus» als Objekte der Introjektion fehlt nie im Pathomechanismus des Fetischismus und Masochismus. Im zweiten Band werden wir die Ergebnisse der Schicksalsanalyse eines Schuhfetischisten mitteilen. Auch in diesem Fall war die «Augenblicksintrojektion», die Einverleibung der Gegensätze «Liebe-Rache», «Masochismus-Sadismus» sowohl historisch wie auch experimentell nachweisbar.

Ein Beispiel zum Masochismus

Fall 33. 19jähriger Student. Masochist

(Fall von Dr. ST. BENEDEK, Budapest)

Die Lebensgeschichte des 19jährigen Universitätsstudenten stellt ST. BENEDEK im folgenden dar:

Sein frühestes Erlebnis bezieht sich auf eine Ferienreise mit der Mutter, die «so schön war, daß er sie nie vergessen konnte». Als er aber neun Jahre alt war, machte er mit dem Vater eine Reise. Nach dieser schwärmte er genau so für den Vater (Bi-Identifizierung). Die Eltern des Probanden haben sich scheiden lassen, als er zehn Jahre alt war. Nach der Scheidung verbrachte der Proband ein Jahr bei einer Lehrerin, wo er sich sehr einsam fühlte. Als Elfjähriger kehrte er zur Mutter zurück. Schon nach einem Jahre wurde aber die Beziehung zwischen Mutter und Sohn fast unerträglich. Die finanzielle Lage der Mutter wurde stets schlimmer, und sie schlug den Sohn so oft und ohne Grund, daß er einmal einen Scheinselbstmordversuch machte. Nach dieser Szene warf die Mutter den Sohn glatt auf die Straße.

Der Vater, der inzwischen wieder geheiratet hatte, nahm den Sohn zu sich. Hier wurde er ebenfalls oft geschlagen, aber, wie er sagt, mit Grund. Allmählich entwickelte sich der Proband zu einem Sonderling. Er wurde zu einem *Ordnungsüchtigen*. Er war imstande, den Schrank der Eltern aufzubrechen, nur um dort Ordnung zu machen. Gleichzeitig erlag er der Übermacht eines *Verschenkungsdranges*. Er mußte alles, sogar die Kleider der Eltern, verschenken. Die Ordnungszwänge paarten sich mit krankhafter *Unordnung*, der *Verschenkungsdrang* mit *Stehlsucht*. Auf die Beeinflussung eines katholischen Priesters wurde er bigott religiös. Es stellten sich irrationale Angstzustände ein, so z. B. *Furcht vor Offizieren, vor starken Männern*. Der einzige «starke Mann», vor dem er keine Angst hatte, war sein Vater; hingegen der Bruder und ein väterlicher Onkel jagten ihm eine entsetzliche Angst ein. So lebte er völlig kontaktlos, vereinsamt mit seinen Sondergewohnheiten.

Die Sexualentwicklung war von Anfang an krankhaft. Das erste *masochistisch-sexuelle* Erlebnis stellte sich sehr früh, noch vor dem Schul Eintritt, nach einer *Verprügelung seitens der Mutter ein*. Von da an hegte er stets *masochistische Phantasien*: Er wird von dem Lehrer, von der Mutter, von einer Lehrerin geschlagen, oder er selbst schlägt Knaben aus der Klasse. Während er nach der Scheidung mit der Mutter zusammenlebte, steigerte sich sein Drang zum Masochismus in dem Maße, daß er sich in der Tat *flagellierte, stets mit der Phantasie, die Mutter schlage ihn*. Als Zwölfjähriger verliebte er sich in einen gleichaltrigen Knaben und blieb ihm viele Jahre hindurch hörig. Als Vierzehnjähriger erscheinen in seinen masochistisch-onanistischen Phantasien *Männer, die ihn mit Ruten und Riemen nackt zeremoniell schlagen*. Als er dies dem Arzt anvertraute, schickte er ihn ins Bordell, wo er versagte. Auf Beeinflussung eines katholischen Pfarrers schwört er in dessen Hand völlige Enthaltsamkeit und will Mönch werden. Inzwischen verschwinden in der Tat die masochistischen Phantasien, geben aber Raum einer homosexuellen Liebe und Schwärmerci. Mit 18 Jahren küßt er noch schöne Jungen und onaniert mit diesen Vorstellungen. Heterosexuelle Regungen treten erst mit 19 Jahren auf. Er hat eine Beziehung zu einer 45jährigen Frau, von der er sich aber gelegentlich *schlagen* läßt.

Beschwerden: 1. Es dominieren zwei Arten von Angstzuständen: a) Beklemmungen ohne bewußte Inhalte; b) panikartiges inneres Zittern, besonders Aktivitätsangst mit Lebensunfähigkeitsgefühl.

2. Entschluß- und Willenshemmungen: Unfähigkeit, etwas aus den Büchern zu lernen, zu lesen, zu schreiben. Vorher las er viel, jetzt kann er sich nicht konzentrieren. Er versteht einfach nichts, was er liest. Beim Schreiben läßt er Buchstaben aus. Bemerkte er es, so gerät er in eine panische Angst, er verliert den Boden völlig unter den Füßen, sein «Geist baut sich allmählich ab». Er vergißt alles, was er schon einmal gewußt hat und ist unfähig, neue Kenntnisse zu erwerben. Seine Willensohnmacht wird allmählich größer; er «entgeistigt sich und wird zu einem Tier, welches nur ans Essen denkt». Er beschäftigt sich nur mit sich selbst, kann seine Gedanken über sich selber nicht ausschalten, und schläfrig-stumpfsinnig starrt er stundenlang vor sich hin («Starranfälle»). Dieses starren Hindösens, dieser Willensohnmacht wegen fühlt er sich lebensunfähig. Hat einen Ekel vor diesem «kriecherischen» tierischen Wesen und verachtet sich selber. Er hält sich für das niederträchtigste Geschöpf und *benimmt sich wie ein Sklave gegenüber den Mitmenschen*. «Er wühlt wie ein Schwein in seinem eigenen Mist, er kann trotz Ekel und Selbstverachtung doch nicht etwas anderes tun, als in seinen Wunden wühlen.» Nichts interessiert ihn außerhalb seiner eigenen Beschwerden. Er weiß, er wird früher oder später verrückt werden.

3. Vasoncurotische Störungen: a) seit zwei Jahren unerträgliche Kopfschmerzen, besonders beim Erwachen. b) Ohnmachtsanfälle, die sich in den letzten Monaten vermehren und oft täglich zweimal auftreten. Subjektiv beschreibt er diese Ohnmachtszustände als ein «Wandern im Halbschlaf» mit Hitzegefühl im Kopf und mit einem Spannungsgefühl über der Schläfe. Zumeist verliert er sein Bewußtsein nicht, hat aber nachher das grausige Gefühl des Irrewerdens.

Es kommt aber vor, daß er bewußtlos zusammenfällt. Der objektiven ärztlichen Meinung nach haben die Anfälle keinen epileptischen, eher einen psychogenen Charakter. BENEDEK glaubt an eine Flucht in die Krankheit, d. h. in den Anfall, und vermerkt noch in der Krankengeschichte, daß der Proband die Tatsachen unbewußt und ungewollt verändert, verzeichnet. Oft lügt er auch.

Die somatische Untersuchung ist bis auf eine Vermutung einer Überfunktion der Hypophyse (Polyurie, Heißhunger) völlig negativ. Die Stoffwechseluntersuchungen sind ebenfalls negativ.

Familiäre Angaben: Mutter des Probanden leidet an Putzsucht. Sie ist seit der Scheidung bigott religiös mit einem Hang zum Spiritismus. Nach Angabe des Sohnes leidet sie an einem religiösen Wahn. Die väterliche Großmutter war ebenfalls putzsüchtig und litt unter Bestehlungswahndelirien. Diese Großmutter war in der Jugend *sexuell haltlos*. Auch ihr Sohn, also der Vater des Probanden, war im Sexus maß- und haltlos, ein Viveur, der nur noch sexuelle und finanzielle Interessen hatte, ein berüchtigter Kartenspieler und gleichzeitig ein Geizhals. Der Bruder des Patienten ist aggressiv und ein Lebemann wie sein Vater. In der Familie der Mutter befindet sich noch eine Schwachsinnige. Die Stiefmutter leidet an Basedow. Sie benimmt sich dem Probanden gegenüber gutmütig und tolerant.

Der Proband zeitigt demnach als Hauptsymptom Arbeitsunfähigkeit, Willenshemmung, Willensohnmacht, Entschlußunfähigkeit, Konzentrationsstörung, ferner vasoneurotische Störungen (Kopfschmerzen, Absenzen?) und *Masochismus* mit Anlage zu Bisexualität.

Abbildung 50 stellt die Ergebnisse der Zehnerserie im Test dar.

Syndromanalyse

Testologisch:

I. *Das masochistische, perverse Lustsyndrom:*

1. Masochismus, Profile 1-10 mit Triebüberdruck =
2. Lustsyndrom
 - a) mit Bejahung. Profile 1, 9 =
 - b) mit Ambivalenz. Profil 4 =

$s = -$	mit 10!			
k	p	d	m	
+	+	+	±(0)	
±	+	+	±	
Lustsyndrom				

II. *Psychopathische, schwache Mitte =*

1. Verlust der Mitte: Profil 8 =
2. Schwache Mitte: Profile 1, 5 =
Profil 4 =
Profil 6, 7 =
3. Paranoide Mitte: Profil 10 =

e	hy	k	p
0	±	0	0
-	-	+	+
-	-	±	+
0	-	+	+(0)
0	-	0	-

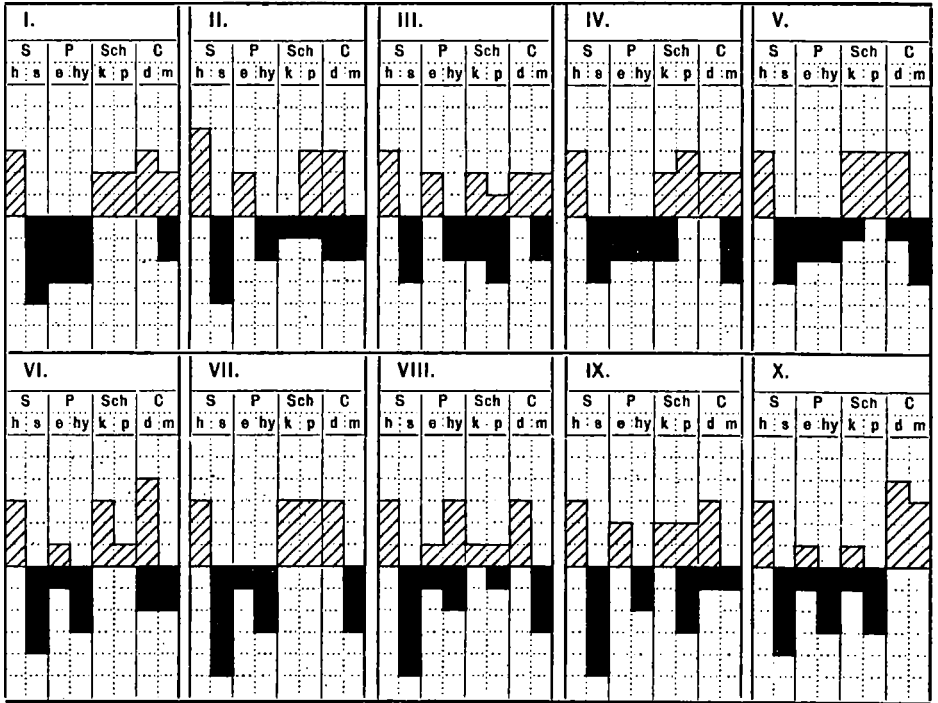
III. *Mehrfache Triebventile:*

1. Quadriäqualität der Latenzproportionen
2. Heboide paranoid-depressive Form der Psychopathie =
3. Das masochistische Sexualventil ist am meisten offen. Latenzspannung = Null

Phy^-	$Schp^+$	Cd^+	S
3	2	2	0
$Phy^-, Schp^+, Cd^+$			S
			0

Tabelle 42. *Analyse der Gegensätze auf Grund der Introinflation, Profile I, V und VII*

		S	P	Sch	C
1. Das totale Gegensatzprofil		± ±	± ±	± ±	± ±
2. Die in der Tat gegebenen V. G. P.	I	+ -!	- -	+ +	+ ±
	V	+ -	- -	+ +	+ -
	VII	+ -!!	0 -	+ +	+ -
3. Die theoretisch zu erwartenden Kom- plementprofile (Tb. K. P.)	I	- +!	+ +	- -	- 0
	V	- +	+ +	- -	- +
	VII	- +!!	± +	- -	- +



1947:	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
26.IV. I.	+ -	- -	+ +	+ \pm	0	1	1
II.	+ -	+ -	0 +	\pm -	1	1	2
III.	+ -	+ -	\pm -	+ \pm	0	2	2
IV.	+ -	- -	\pm +	+ \pm	0	2	2
V.	+ -	- -	+ +	+ -	0	0	0
VI.	+ -	0 -	+ 0	\pm -	2	1	3
VII.	+ -	0 -	+ +	+ -	1	0	1
VIII.	+ -	0 \pm	0 0	+ -	3	1	4
IX.	+ -	+ -	+ \pm	+ 0	1	1	2
16.V. X.	+ -	0 -	0 -	+ +	2	0	2
Σ 0	0 0	4 0	3 2	0 1	10		
Σ \pm	0 0	0 1	2 1	2 3		9	
T. sp. G.	0 0	4 1	5 3	2 4			19
Latenzgrösse	S = .0	P = .3	Sch = .2	C = .2			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{10}{9} = 1.1$

2. Triebformel:

Symptomatische: $k_5^{0+}, e_4^0, m_4^{+0}, p_3^{0+}$

Submanifeste bzw. sublatente:

Wurzel-Faktoren: $d_2^{+1}, hy_1^{-}, s_0^{-11}, h_0^{+}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Phy^-}{3} : \frac{Schp^+}{2} : \frac{Cd^+}{2} : \frac{S}{0}$

4. Triebklasse:

Phy⁻ tri- oder quadriaequal

Abb. 50. Fall 33. Masochismus. 19jähriger Student

Analyse des Vorgängers

1. Panische Beziehungsangst =
2. vor der Triebzielinversion, vor Homosexualität und Masochismus =
3. Bejahung der partiellen Triebkomponenten, der Perversionen =
4. Krankhafte Verdoppelung der Identifizierungen =
 Er will gleichzeitig so sein wie ein Mann und eine Frau =
 Will Mann und Frau als Liebesobjekt gleichzeitig haben, besitzen =
 Er will also zu gleicher Zeit *beides sein und beides haben* =

Testologisch:

$$\begin{array}{l}
 P = \text{---} \\
 \quad 0 \text{ ---} \\
 S = + \text{---}! \\
 s = \text{---}!! \\
 \left\{ \begin{array}{l} k = + \\ p = + \\ d = + \\ m = \pm \\ s = \text{---}! \end{array} \right. \\
 Sch = + + \\
 p = + \\
 k = + \\
 Sch' = + +
 \end{array}$$

Analyse des Hintergängers

Im Hintergrund lauert aber:

1. der aggressive, sadistische Mann =
2. der mit dieser Aggression an den Eltern oder an dem Bruder haftet =
3. Dieser hintergründigen Aggression ist er sich nicht bewußt =
4. und lebt in einer Affektflut, in der er seine Güte, Gerechtigkeit, Frömmigkeit zur Schau trägt =

$$\begin{array}{l}
 S = \text{---} +! \\
 C = \text{---} 0, \text{---} + \\
 Sch = \text{---} \text{---} \\
 P = + +
 \end{array}$$

Auf Grund der Konfrontation des Vordermannes mit dem Hintermann kann man über die Gegensatzspannungen des Probanden folgendes aussagen:

1. Der 19jährige Student ist im Vordergrund ein passives, masochistisches, im Hintergrund ein sadistisches Individuum.

2. Er ist im Vordergrund ein dem Bruder und Vater wie auch allen Mitmenschen gegenüber sich kriechend, sklavisch hingebender Junge, aber sein Hintergänger flößt ihm aggressive, sadistische Ansprüche ein, die vermutlich seine Phantasie erregen. Die Objekte dieser Sadismen sind diejenigen Personen, an welchen er inzestuös gebunden hängt, also Vater, Bruder, Mutter und deren Ersatzpersonen.

3. Der Hintergänger mit seinen Aggressionsansprüchen macht ihn ängstlich und verursacht seine panischen Angstanfälle. Vor diesem Sadisten im Hintergrund flüchtet er sich in Willensohnmacht- und Bewußtseinsohnmachtanfälle ($Sch = + +$).

4. Die Gegensatzspannungen Frau - Mann, Passivität - Aktivität, Masochismus - Sadismus sind die Folge der Verdoppelung der Identifizierung ($Sch = + +$). Und da er unfähig ist zu verzichten - er gibt keine $k = \text{---}$ -Reaktion -, gerät er zeitweise in eine völlige Aktivitätshemmung und Willensohnmacht.

*

Der Kampf, den dieser 19jährige Student mit den Gegensätzlichkeiten seiner verdoppelten Identifizierung auszufechten hat, wird in der Sukzession der Ichbilder sichtbar:

- $SchI$: + + : Willenshemmung, Ichgefahr;
 $SchII$: 0 + : Hyperaktive Besessenheit von Ambitendenz ($p = +$); ohne Willenskraft ($k = 0$);
 $SchIII$: ± - : Flucht aus diesem Kampf der Gegensätze;
 $SchIV$: ± + : Bekämpfung der Inflation ($p = +$) mit Zwang ($k = \pm$), Zwangsdeflation;

- SchV* : + + : Die Ichgefahr durch Verdoppelung der Identifizierung kehrt mit Willenshemmung zurück;
SchVI : + 0 : Versuch, durch die totale Introjektion der Gegensätze die Besessenheit zu bekämpfen;
SchVII : + + : Die doppelte Identifizierung mit Ichgefahr ist wieder da;
SchVIII : 0 0 \ $s = -!!$ / : Ohnmachtsanfall; Ichverlust; er steht an der Schwelle des Irrewerdens;
SchIX : + ± : Nun versucht er, die Weiblichkeit allein zu introjizieren;
SchX : 0 — : Das gelingt ihm nicht, und er regrediert auf die infantile dualunionistische Projektionsstufe. Er bekommt einen paranoiden Anfall.

Aus dieser filmartig vorgeführten Darstellung seines Ichschicksals ist ersichtlich, daß der junge Mann aus dem Wirbel der Verdoppelung der Identifizierung sich durch so manche Notausgänge zu retten versucht, aber vergeblich. Er fällt stets in die Klemme der doppelten Identifizierung zurück, und, wie er es selber sagt, er kann sich aus diesem «Käfig» nicht befreien. Er bleibt ein Psychopath.

*

In dem geschilderten Fall war für den Psychopathologen besonders lehrreich die Tatsache, daß die Verdoppelung der Identifizierung eine bewußte Ichgefahr für die Person bedeuten kann.

Die Person ist sich dessen bewußt, daß sie durch das Bedürfnis «Alles-sein-» und «Alles-haben-Wollen» zeitweise ganz bis zur Grenze des Irrewerdens vorrückt.

Die Serienuntersuchungen dieser Kranken überzeugten uns aber, daß die eigentliche Ichgefahr erst dann ihren Höhepunkt erreicht, wenn die Person das «Beides-», d. h. «Alles-haben-Wollen», also die *positive k*-Stellung, den Versuch zur Deflation aufgibt und in die Phase der totalen Inflation (*Sch* = 0 +) übergeht. Wenn die Person die Besessenheit von der Ambitendenz über sich willenlos (*k* = 0) schalten und walten läßt, dann ist die Ichgefahr die größte.

Da unser Student von dem sexual perversen, masochistischen Triebventil so leicht Gebrauch zu machen vermag, nehmen wir an, daß er auf diesem Wege die Psychose vermeiden wird. Der Fall ist ein Musterbeispiel für unsere Auffassung, daß *auch bei den Psychopathien* – genau so wie bei den Neurosen – *das persönliche Erleben neben der Erbanlage eine gewichtige Rolle spielen kann*. In solchen Fällen sollte man eine tiefenpsychologische Behandlung versuchen.

Beispiele für Sadismus

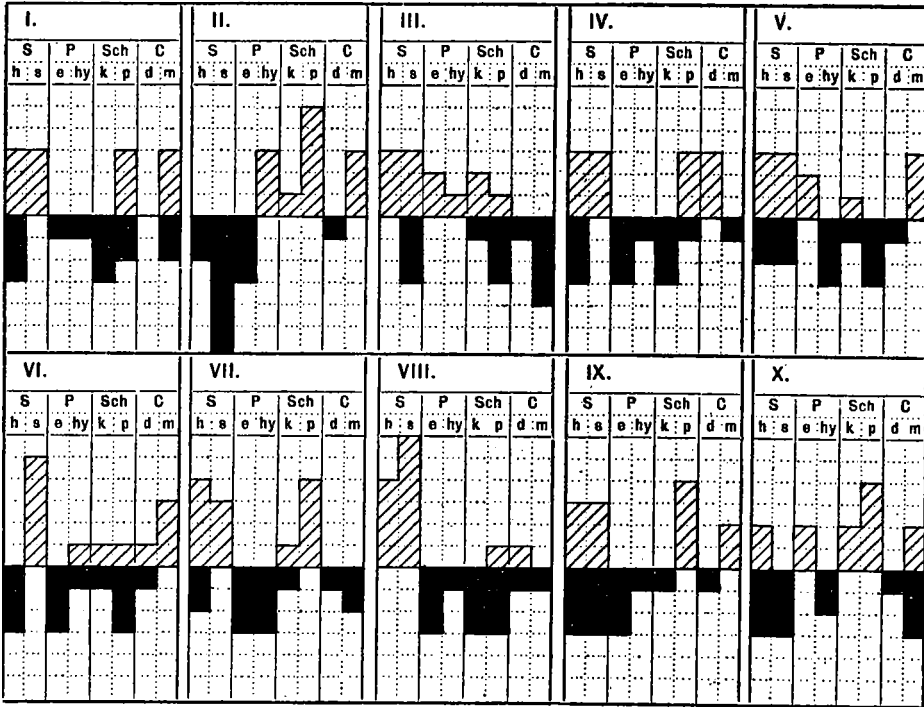
Fall 34. 53jähriger Gendarmerieoberst, Kriegsverbrecher. Ein «Scheinpatriot»

Der 53jährige Oberst der Gendarmerie litt als Kind an epileptischen Anfällen. Als Soldat war er stets als Prototyp des sich aufopfernden Patrioten und gleichzeitig als der gefährlichste Sadist seinen zumeist vermeintlichen Feinden gegenüber bekannt. Zur Zeit des Naziregimes in Ungarn hatte er auf eigene Verantwortung anläßlich einer politischen Untersuchung in Südungarn – ohne einen direkten Befehl einer höheren Behörde abzuwarten – mehrere Tausende von Serben und Juden am Ufer der Donau aufgestellt und ließ einen nach dem anderen niederschießen und die Leichen in die Donau werfen. Für diese Tat wurde er von seinen politischen Genossen als Held gefeiert. Er wurde später mit der Durchführung der Deportation der Juden nach Auschwitz bevollmächtigt, und es ist aus den Akten bekannt, mit welcher Grausamkeit er diese «heldenhafte» Aufgabe ausgeführt hat.

Nach dem Sturz der Regierung wurde er verhaftet und als Kriegsverbrecher gehängt.

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1945		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ				
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
1.X.	I.	\pm	$+$	0	0	-	\pm	0	\pm	3	3	6
	II.	-	-	0	$+$	0	$+$	0	$+$	2	0	2
	III.	$+$	\pm	$+$	0	$+$	-	0	-	2	1	3
	IV.	\pm	$+$	-	0	-	$+$	$+$	0	2	1	3
	V.	\pm	\pm	$+$	-	0	-	0	$+$	2	2	4
	VI.	-	$+$	0	0	-	0	$+$	3	0	3	
	VII.	\pm	$+$	-	-	0	$+$	0	-	2	1	3
	VIII.	$+$	$+$	0	-	-	0	0	3	0	3	
	IX.	\pm	\pm	-	0	0	$+$	0	$+$	3	2	5
12.XII.	X.	\pm	-	$+$	-	$+$	$+$	0	\pm	1	2	3
Σ	0	0	0	1	6	5	0	9	2	23		
Σ	\pm	6	3	0	0	0	1	0	2		12	
T. sp. G.		6	3	1	6	5	1	9	4			35
Latenzgrösse		S = .3	P = .5	Sch = .4	C = .5							

$\% S_y \cdot R = 43.7\%$

1. Tendenzspannungsquotient $= \frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{23}{12} = 1.9$

2. Triebformel:

Symptomatische:	d_9^0
Submanifeste bzw. sublatente:	$hy_6^0; h_6^+; k_5^0; m_4^{+0}$
Wurzel-Faktoren:	$s_3^-; e_1^-; p_1^+$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Pe^-}{5}; \frac{Cm^+}{5}; \frac{Schp^+}{4}; \frac{Ss^+}{3}$

4. Triebklasse:

Abb. 51. Fall 34. Ein Kriegsverbrecher, 53jähriger Gendarmerieoberst

Zur Zeit der psychologischen Untersuchung im Gefängnis zeigte unser «Patriot» das klinische Bild eines Religionswahnsinnigen. Mit Erlaubnis von Herrn Dr. *L. Noszłopi*, der diese triebpsychologisch lehrreichen Untersuchungen an Kriegsverbrechern leitete, bringen wir hier die Ergebnisse der Triebuntersuchung.

Der politisch und religiös besessene «Patriot» gehört demnach in folgende quadriäquale Triebklassen:

- | | |
|--|--------------|
| 1. Klasse der <i>Analerotiker</i> , der analen Homosexuellen, Päderasten, <i>Koprophilen</i> , paranoiden Angsthysteriker, <i>Kriminellen</i> und <i>Epileptiker</i> = | <i>Pe-</i> |
| 2. Klasse der «Ewig-sich-Anklammernden», der Phobiker, die stets in Angst leben, sie könnten das Liebesobjekt (im gegebenen Fall das Vaterland) verlieren = | <i>Cm+</i> |
| 3. a) Klasse der <i>Besessenen</i> , der « <i>verpatzten Genies</i> » und « <i>Elternmörder</i> » = | <i>Schp+</i> |
| b) Klasse der <i>Paranoiden</i> = | <i>Schp-</i> |
| 4. Klasse der « <i>lammfrommen Henker</i> » = | <i>Ss+</i> |

Aus diesem experimentell festgestellten Tatbestand bezüglich seiner Triebstruktur steht dieser «Patriot» als Mensch fast «nackt» vor uns. Uns interessiert hier aber zuerst die Gegensatzanalyse seiner politischen und religiösen Inflation.

In den Profilen II, VII und IX gab der Proband das klassische Bild der Besessenheit in Form von *Sch* = 0 +! oder 0 +!!, also mit Quantumspannung.

Tabelle 43. Gegensatzanalyse des Profils II

	<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>
1. Das totale Gegensatzprofil	± ±	± ±	± ±	± ±
2. Das in der Tat gegebene Profil <i>V. G. P. II</i>	— —!!!	— +	0 +!!	0 +
3. Das zu erwartende Komplementprofil (<i>Th. K. P.</i>)	+ +!!!	+ —	± —!!	± —

Analyse des Vordermannes auf Grund des Profils II

- Der Mann ist krankhaft, über jedes Maß von Ambitendenz besessen =
- insbesondere vom krankhaften Aufopferungsdrang, Masochismus, und vermutlich von dessen Gegenteil, d. h. von *Sadismus* =
- Das stellungnehmende Ich ist ohnmächtig gegen diese grenzenlose Besessenheit =
- Die *Kainansprüche*: Haß, Wut, Zorn und Rache, liefern zu dem Masochismus und Sadismus die entsprechende Begleitmusik =
- Er hängt phobisch an dem geliebten Objekt oder am Ersatzobjekt und hat Angst, es zu verlieren =

Testologisch:
p = +!!
s = —!!!
s = +!!!
 (Vgl. hierzu die Profile VI und VIII)
k = 0
P = — +
C = 0 +

Analyse des Hintermannes

- Der Hintermann ist in der Tat ein Zwangsmensch, der seine Projektionen mit Zwang zu beherrschen versucht =
- der alles gutmachen will, d. h. das Vaterland gegen die vermeinten Angreifer retten will =
- und zwar mit Gewalt =

Sch = ± —!!
P = + —
s = +!!!

4. Die Art, wie er an dem geliebten Objekt zwanghaft hängt, ist irreal; er klebt an dem Objekt, welches er schon verloren hat, und gleichzeitig sucht er ein neues Objekt. Hier entpuppt sich auch sein Analsadismus =

$$C = \pm -$$

$$d = \pm, s = +!!!$$

Laut Tabelle V, S. 263, der «Experimentellen Triebdiagnostik» liefern dieses Kontaktbild Zwangsneurotiker, also *Analsadisten*, ferner *epileptoide Paranoide*, *paranoide Schizophrene* und *geschlechtlich abnorme, unreife Individuen*, d. h. *Perverse*.

Wir wissen aus seiner «politischen» Krankengeschichte, daß unser Held und Patriot Mitglied eines Herrenklubs war, wo sadomasochistische Orgien gehalten wurden.

Im IX. und X. Profil gibt er das klassische Bild der sadomasochistischen Perversion des *perversen Lustsyndroms*:

Bemächtigungsdrang =	$p = +!$
Analität =	$d = 0$
Oralität =	$m = +, \pm$
Sadomasochismus =	$s = \pm, -$
mit Ichschwäche oder Bejahung des stellungnehmenden Ichs =	$k = 0, +$

Tabelle 44. Gegensatzanalyse des Profils VII

	S	P	Sch	C
1. Das totale Gegensatzprofil	$\pm \pm$	$\pm \pm$	$\pm \pm$	$\pm \pm$
2. Das in der Tat gegebene Profil VII (V. G. P.)	$\pm 1 +$	$--$	$0 +!$	$0 -$
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Tb. K. P.)	$0 -$	$+ +$	$\pm -!$	$\pm +$

Analyse des Vordermannes (Profil VII)

1. Der Mann ist besessen =	$p = +!$
2. von einer hysteriformen, periodischen Aktivität und <i>Sadismus</i> . (Hier tritt der Sadismus in den Vordergrund) =	$S = \pm 1 +$
3. Sein stellungnehmendes Ich ist zu schwach, diese Besessenheit (von Sadismus) zu bekämpfen =	$k = 0, s = + \}$ $p = +!$
4. Er lebt in einer panischen Angst =	$P = --$
5. und ist in seiner «Sadomanie» völlig haltlos =	$C = 0 -$

Analyse des Hintermannes

Zugleich ist sein Hintermann:

1. ein sich weiblich hingebender und aufopfernder Masochist = (hier tritt der Masochist in den Hintergrund);	$S = 0 -$
2. exhibiert mit seiner Frömmigkeit und Gerechtigkeit =	$by = +$ $e = +$
3. fühlt sich eigentlich verfolgt, hemmt aber mit Zwang seine Projektionen =	$\{ p = -$ $k = \pm$
4. ist noch immer «inestuös an einen Elternteil» gebunden = sucht sich aber ein Ersatzobjekt, sowohl zum masochistischen Anhang (Vaterland) wie auch zum Objekt seiner Projektion (Serben, Juden usw.) =	$C = - +$ $d = +$ $S = 0 -$ $p = -$
Und so wird er ein «Freiheitskämpfer» =	$Sch = \pm -$

Tabelle 45. Gegensatzanalyse des Profils IX

	S	P	Sch	C
1. Das totale Gegensatzprofil	± ±	± ±	± ±	± ±
2. Das in der Tat gegebene Profil IX (V.G.P.)	± ±	— 0	0 +!	0 +
3. Das zu erwartende Komplementprofil (Th. K. P.)	0 0	+ ±	± —!	± —

Analyse des Vordermannes (Profil IX)

- | | |
|--|------------|
| 1. Der Mann ist besessen = | Sch = 0 +! |
| 2. von <i>Bisexualität</i> = | S = ± ± |
| 3. von dem <i>Kain</i> , den er offen befriedigt = | P = — 0 |
| 4. hängt mit Angst am Liebesobjekt (kann auch Todesangst sein) = | C = 0 + |

Analyse des Hintermannes (des Profils IX)

- | | |
|---|-----------|
| 1. <i>Asketismus</i> = | S = 0 0 |
| 2. Exhibiert mit Frömmigkeit («Religionswahn») = | P = + ± |
| 3. Ein Freiheitskämpfer und «Ausreißer» = | Sch = ± — |
| 4. der irreal und unsicher an dem Liebesobjekt (Vaterland?) klebt = | C = ± — |

Um die Verdoppelung der Persönlichkeit dieses «Helden» noch sichtbarer zu machen, stellen wir den drei Inflationsprofilen die zu erwartenden «Doppelgänger»-Profile gegenüber.

Tabelle 46

Nr.	Profile des Vorgängers				Profile des Hintergängers			
	S	P	Sch	C	S	P	Sch	C
II	— —!!!	— +	0 +!!	0 +	+ +!!!	+ —	± —!!	± —
VII	±! +	— —	0 +!	0 —	0 —	+ +	± —!	± +
IX	± ±	— 0	0 +!	0 +	0 0	+ ±	± —!	± —

Auf Grund dieser Gegensatzanalyse müssen wir uns demnach in diesem tragischen Fall die Triebgegensätzlichkeiten, die mit Hilfe der Inflation ungünstig gemacht wurden, wie folgt vorstellen:

1. Unser «Patriot» ist *sexuell* krank. Er ist auf einer prägenitalen, *polymorph-perversen Sexualstufe* fixiert und von sadomasochistischen, analsadistischen, exhibitionistischen, bisexuellen Ansprüchen besessen. Als Mitglied eines Klubs von Pervertierten konnte er seine naturwidrigen Ansprüche durch Schlagen und Geschlagenwerden urförmlich befriedigen. Gleichzeitig aber hat er den Wunsch, seine perversen Sexualansprüche «höher» zu sozialisieren und befriedigt sie in Form von «Vaterlandsdienst». Aus seinem Masochismus macht er eine krankhafte Aufopferung im Dienste des Vaterlandes.

Im Profil II bedeutet dieses Syndrom:

- S = — —!!! : übertriebene Aufopferung für das
 Sch = 0 +!! : Liebesobjekt, von dem er besessen ist, an dem
 C = 0 + : er hängt und das zu verlieren er fürchtet.

2. Andererseits fühlt er sich aber persönlich verfolgt; im Profil V und VI gibt er das klassische Ichbild des verfolgten Paranoiden: Sch = 0 —. Er hält aber

diese paranoiden Wahngedanken teils mit Selbstkontrolle zurück ($SchI = - \pm$), teils «sozialisiert» er seinen Verfolgungswahn in Form von Beruf als Gendarmerieoberst und glaubt fortan, das Vaterland werde von den Minoritäten des Landes (von Serben und Juden) bedroht. Diese Verschiebung seiner persönlichen paranoiden Wahnideen auf das Vaterland und die Minoritäten ermöglicht ihm, zur Zeit einer günstigen politischen Umwelt, die «Feinde» des Vaterlandes mit unmenschlichem *Sadismus* auszurotten.

Profil VI	$S = - + !!$: Sadismus eines
	$Sch = 0 -$: paranoiden Menschen.
Profil VIII	$S = + + + !!$: Tierische Brutalität
	$Sch = - -$: eines Alltagsmenschen, der
	$C = 0 0$: kindlich am Objekt hängt.

3. Der Widerspruch im Gegensatzpaar: heldenhafte Aufopferung ($S = - - !!$) und unmenschliche Brutalität ($S = + + + !!$), wird von unserem «Patrioten» aufgehoben. Er sieht in seinem Verhalten nicht mehr die Gegensätzlichkeit. Er lebt in der Besessenheit, daß seine lammfromme, «religiös-politische» Demütigkeit, sein Aufopferungsdrang dem Vaterland gegenüber mit der gleichzeitig ausgeübten Bestialität nicht im geringsten Widerspruch stehe. Gerade in dieser Aufhebung der Gegensätzlichkeit besteht seine Psychopathie.

4. Weilt die Frömmigkeit im Hintergrund, so schaltet und waltet der Mann-Kain, der pervertierte Sadist auf der Vorderbühne der Geschichte und exhibiert als Held und Patriot im Massakrieren. Wird aber der Mann-Kain in den Hintergrund versetzt, so exhibiert er im Vordergrund als demütiger Asket, der sich dem Vaterland aufopfert – oder, wie vor seiner Hinrichtung, als Gottesnarr.

5. Es gab Phasen in seinem Leben, wo er seinen masochistischen Aufopferungsdrang wie auch seinen bestialen Sadismus synchronisieren konnte; dann wurde er in den Augen seiner Genossen der «Held seiner Zeit» (1933–1945), im Auge des Psychiaters blieb er aber ein perverser paranoider Psychopath.

*

Die Geschichte der vergangenen fünfzehn Jahre beweist, daß unser «Patriot» keinen Einzelfall, sondern den Prototypus der politischen Psychopathen aller Zeiten darstellt. Seine persönliche Krankengeschichte ist gleichzeitig die kollektive Krankengeschichte *der Geschichte* zu Zeiten, in denen der Geist der Zeit an sich «geisteskrank» wird¹.

Fall 35. Ein surrealistischer Maler. Ein Sodomasochist

Das tragische Schicksal des französischen Malers, der in seinem 55. Lebensjahr in einem Konzentrationslager starb, ist von drei Richtungen aus gesehen lehrreich.

Erstens bestärkt dieser Fall das bekannte Gesetz, nach dem ein jeder Masochist im Hintergrund seiner Triebstruktur ein Sadist ist. Zweitens gibt er ein Beispiel

¹ Der Fall ist aber auch eine Mahnung für die Zukunft der Menschheit: Politiker sollte man zeitweise einer obligatorischen psychologisch-psychiatrischen Untersuchung unterziehen.

Wenn man die Mannschaft eines Personenflugzeuges für 20–30 Passagiere zeitweise auf die genaueste Weise überprüft, warum – fragt man sich – sollte man dann nicht diejenigen Personen, denen man die Führung von Millionen von Menschenschicksalen anvertraut, in kürzeren Zeitabschnitten genau so gründlich seelisch überprüfen wie die Führer eines Flugzeuges oder einer Lokomotive.

für die These, nach der durch die Kunst auch die niedrigsten Triebregungen sozialisiert, ja sogar sublimiert werden können. Drittens bestätigt der Stammbaum in diesem Fall diejenige schicksalspsychologische Beziehung, die zwischen Epilepsie und Sadismus einerseits, Epilepsie und *Homo-sacer*-Berufswahl (Mönch, Nonne, Priester usw.) anderseits besteht.

Der bekannte und frühverstorbene surrealistische Maler in Paris fiel durch eine besondere Art der Themenwahl auf. Fast in allen seinen Gemälden spielen verstümmelte, amputierte, zerfleischte Körperteile eine gewichtige Rolle, abgeschnittene weibliche Brüste, Arme, Schenkel, ausgeschälte Augen usf. Oft benützte er diese abgeschnittenen Körperteile nur als ornamentalische Zierde zu einer Bühnendekoration. Man nannte ihn den französischen Salvador Dali, der bekanntlich auf dem Gebiet der *«Kunst der Stümpfe»* die leitende Persönlichkeit darstellt¹.

Unser Maler gibt an, daß er seine Kunstrichtung unabhängig von Dali schon als 15jähriger aus eigenem Antrieb gefunden habe. Sein späterer Kampf in der *«Kunst der Stümpfe»* bestand darin, daß er die Lust, die er in der Verstümmelungsphantasie seit seiner Kindheit empfunden hatte, auf dem Wege der künstlerischen Schöpfung zu entpersönlichen, zu objektivieren versuchte. *Er wollte durch die neurealistische Kunst die pervertierte Lebensauffassung verteidigen* und beweisen, daß der Sadismus bedeutend mehr sei, als er *«für ein psychopathologisches Laboratorium bedeutet»*. Die Motivenwahl und die Darstellungsart haben sich im Laufe seiner künstlerischen Entwicklung geändert, aber die Lustquelle blieb stets die nämliche.

Proband zeichnet seit dem 4. Lebensjahr. Als 17jähriger beginnt er seine Malerlaufbahn mit dem Studieren der Anatomie, zeichnet fleißig *«anatomische Situationen»*, unter denen er anfänglich aber sehr gelitten hat. Später interessiert er sich für die Reklame- und Dekorationsmalerei, wo er auch große Anerkennung erworben hat. Erst allmählich wird ihm die Lustquelle beim Zeichnen von verstümmelten Gliedern in dem Grade bewußt, wie sich in ihm seine eigene pervertierte sexuelle Phantasiewelt entfaltet hat. Der Vater war Architekt, ein autoritärer und strenggläubiger Bürger, die Mutter eine zarte puritanische, bigott-katholische Seele, die aus dem Sohn *«ihr Kind»* zu prägen versuchte. Proband hängt aber die Religion schon als 18jähriger an den Nagel und wird Freidenker. In der Pubertät beginnt sein Kampf gegen den Sadismus. Das führende Motiv seiner Sexualphantasie war der Wunsch, *«aus der Frau Fleisch zu machen»*. Da er aber einsah, daß er die Frau nicht *«hinmachen»* dürfe, fing er an, sich selbst den Arm, die Finger, das Bein abzuschneiden oder sich selbst mit einem Messer blutige Wunden zu schneiden. Blut und Narbe spielten als Lustquelle stets eine gewichtige Rolle.

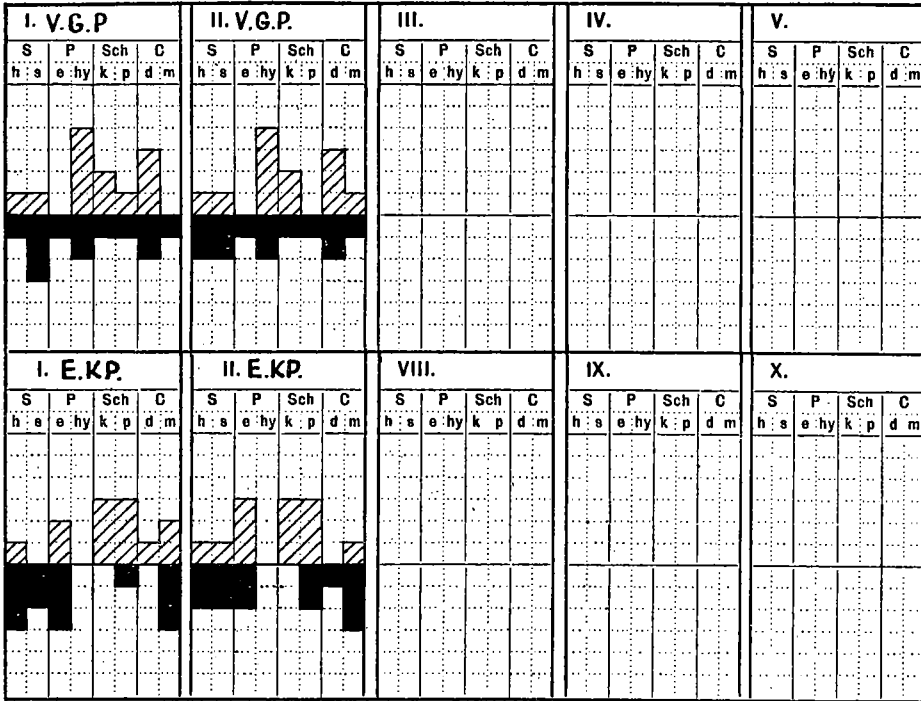
Mit 25 Jahren fängt er an, sadomasochistische Beziehungen mit Frauen anzuknüpfen. Die Partnerin mußte stets eine robuste, gemeine, lügnerische, dunkel pigmentierte Person sein. Er bat sie, ihm sadistische Märchen zu erzählen und ihn zu schlagen. In der Phantasie amputierte er selbst Arme, Beine, Augen seines Liebesobjektes oder schnitt dem Objekt tiefe blutende Wunden am Körper, begoß es mit siedendem Wasser, machte dem Objekt mit Streichhölzern schwere Brandwunden und so fort. Die maximale Lust empfand er aber bei der Vorstellung von abgehackten Brüsten.

Er sehnte sich, eine Frau zu sein, denn dann stehe ihm nichts im Wege, sich selbst eine Brust abzuhacken.

In der Wahl seiner wirklichen Sexualobjekte dominierte stets das *Suchen nach Frauen mit amputiertem Arm oder amputierter Brust*. Von diesen Frauen verlangte er, sie möchten ihm genau erzählen, wie sie diese Körperteile verloren hätten. Eines seiner Hauptgelüste bestand im Küssen und Beißen von Stümpfen und Narben amputierter Glieder. Die Genitalien spielten gar keine Rolle. In der Phantasie liegt er oft als Frau im Bett, und ein Metzger hackt ihm den Arm oder die Brust ab. Die Vorstellung, daß er die kleine schwächliche Frau sei, die von einem brutalen Metzger massakriert wird, bringt ihn in Ekstase. Auch Männer, die an ihrem Körper eine Narbe zur Schau tragen, haben ihn sexuell angezogen. Als junger Mann ist er ein einzigesmal eine homosexuelle Beziehung eingegangen. Kurz vor seinem Tode litt er an einer Depression.

Wir besitzen zwei normale Triebprofile und zwei experimentelle Komplementprofile, die eine meiner Schülerinnen in Paris von dem Maler vor seiner Deportation verfertigt hat. (Abb. 52a.)

¹ JAMES THRALL SOBY: *Salvador Dali*. The Museum of Modern Art. Simon and Schuster, New York 1946.



1947		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	0 u. \pm
V.G.P.	I.	0 -	0 \pm !	+ 0	\pm 0	4	2	6
	II.	- -	0 \pm !	+ 0	\pm 0	3	2	5
	III.							
	IV.							
E.KP.	I.	- -	\pm 0	+ +	0 \pm	2	2	4
	II.	- -	\pm 0	+ \pm	0 -	2	2	4
	VII.							
	VIII.							
	IX.							
	X.							
	Σ 0							
	Σ \pm							
	T. sp. G.							
	Latenzgrösse	S = ...	P = ...	Sch = ...	C = ...			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm}$ = $\frac{4}{3}$ = 1,33

2. Triebformel:

Symptomatische:	
Submānifeste bzw. sublatente:	
Wurzel-Faktoren:	

3. Latenzproportionen:

_____ : _____ : _____ : _____

4. Triebklasse:

Abb. 52a. Fall 35. Sadomasochist. 55jähriger surrealistischer Maler

Tabelle 47. Gegensatzanalyse zweier Profile eines Sadomasochisten

	S	P	Sch	C
A. Vordergrundprofil I II	0 — — —	0 ±! 0 ±!	+ 0 + 0	± 0 ± 0
B. Theoretisches Komplementprofil I II	± + + +	± 0 ± 0	— ± — ±	0 ± 0 ±
C. Experimentelles Komplementprofil I II	— — — —	± 0 ± 0	+ + + ±	0 ± 0 —

A. Analyse des Vorgängers

I. Das polymorph-perverse Lustsyndrom kommt in beiden V. G. P. zum Vorschein =

er bejaht die perversen Ansprüche =

II. Die Mitte ist ebenfalls psychopathischer Natur =

d. h. er ist ein autistischer Kain, der sich aber versteckt =

Er möchte zwar mit seinem autistischen Verstümmelungsdrang exhibieren =

aber er versteckt ihn teils in der Kunst =
teils in den masochistischen Phantasien =

III. Das zweite Vordergrundprofil beweist seine Sublimationsversuche =

B. Analyse der theoretischen Komplementprofile, d. h. des wirklichen Hintergängers

Seine Schattenfigur, der wirkliche Hintergänger, ist:

1. bisexuell veranlagt mit Überbetonung des Sadismus =

2. ist polymorph-pervers =

entwertet alle Werte =

so insbesondere seine weibliche Hälfte =

3. Die moralische Zensur fehlt dem Hintergänger völlig =

C. Analyse der experimentellen Komplementprofile

Der Proband läßt den antisozialen, gefährbringenden Hintergänger doch nicht in den Vordergrund, denn:

1. er sublimiert auch im experimentellen Komplementversuch =

Das will sagen, die Sublimierungstendenz des Vorgängers siegt.

2. Und eben weil er den Sadismus in Form von «Kunst» darstellt, kann er seine sublimierten Perversionen bejahen =

Testologisch:

1	2	3	4	5
—	+	0	±	0
s	k	p	d	m

k = +

e	hy	k	p
0	±!	+	0

Sch = + 0

P = 0 ±!

e = 0

hy = +!

hy = —

s = —

SII = — —

SI = ± +

p d m

± 0 ±

k = —

p = ±

hy = 0

S = — —

p d m

+ 0 ±

k = +

Diese Bejahung bedeutet triebpsychologisch so viel, daß er die Perversion seinem Ich einverleibt und in seinem Beruf (durch die Introjektion k = +) sozialisiert.

*

Die Ärztin, die mir den Fall zusandte, legte auch einen ausführlichen Stammbaum bei. (S. Abb. 52 b.)

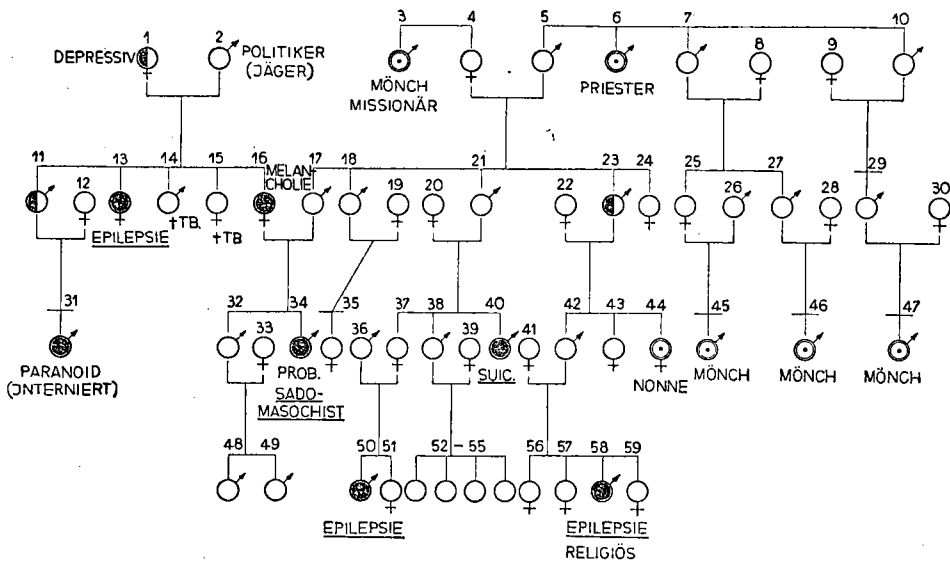


Abb. 52b. Fall 35. Stammbaum eines Sado-masochisten

Aus diesem Stammbaum heben wir folgende Daten hervor:

I. *Epileptiker* waren in der nächsten Familie des Probanden drei Personen:

1. eine mütterliche Tante: Nr. 13,
- 2, 3, je ein Sohn seiner väterlichen Vettern: Nrn. 50, 58.

II. «Heilige» Berufe ergriffen 6 Personen:

1. ein Bruder der väterlichen Großmutter war Missionar: Nr. 3,
2. ein Bruder des väterlichen Großvaters war Priester: Nr. 6,
- 3, 4, 5, drei väterliche Vettern waren Mönche: Nrn. 45, 46, 47,
6. eine väterliche Base war Nonne: Nr. 44.

III. *Paranoid-geisteskrank* war ein mütterlicher Vetter des Probanden: Nr. 31.

IV. *Depressiv* waren die Mutter (Nr. 16) und die mütterliche Großmutter (Nr. 1).

V. *Selbstmörder* war ein väterlicher Vetter: Nr. 40.

In dem Erbboden, aus dem der sado-masochistisch pervertierte Psychopath stammte, überwiegt demnach der «epileptoide» Faktor. Er erscheint

- a) in Form einer nativen, genuinen Epilepsie;
- b) in sublimierter Form als «Homo-sacer»-Beruf von Mönchen und Nonnen.

Die These, die wir in der «Schicksalsanalyse»¹ über die Beziehung zwischen *Morbus-sacer*-Epilepsie und *homo sacer* aufgestellt haben, wird demnach auch durch diesen Fall bestätigt.

Wir haben aber auf Grund von FREUDS Theorie² in der «Schicksalsanalyse» die Vermutung geäußert, daß der Epileptiker ursprünglich ein Affektmörder, eine Kainnatur ist, der aber, bewegt von höheren Instanzen (Religion usw.), seinen

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. 2. Aufl. Benno Schwabe, Basel 1948. S. 284, 290 ff.

² FREUD, S.: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr., Bd. XII, S. 7.

Sadismus gegen die eigene Person wendet. (Siehe später die ausführliche Darstellung dieser Annahme bei der Syndromatik der Epileptiker.)

Vielleicht ist es doch nicht zu gewagt, auf Grund dieses Stammbaumes anzunehmen, daß auch unser Maler ein latent epileptoider Psychopath war, der sich bemühte, seine Kainansprüche in der surrealistischen Kunst zu sublimieren, genau so, wie seine Großonkeln, Vettern und eine Base die nämliche Triebstruktur in einem «heiligen» Beruf zu vergeistigen suchten.

*

MAGNUS HIRSCHFELD hat auf die Erfahrung hingewiesen, daß Metatropisten oft eine besondere Vorliebe für Frauen mit körperlichen Fehlern, so für häßliche, lahme, verwachsene Personen hegen¹. Der Fall des surrealistischen Malers bestätigt diese Tatsache. Einen eindeutigen Fall hat vor Jahren eine meiner Schülerinnen demonstriert. Der Vater eines schwererziehbaren Mädchens war ein Sadist. In seinem Notizbuch notierte er mit einer Pedanterie eines Buchhalters seine sexuellen Begegnungen mit Frauen, die alle am Arm oder am Bein amputiert waren. Die anatomische Stelle und der Grad der Amputation wurden genau gebucht. Der nämliche Mann frönte aber auch einer ganz sonderbaren Leidenschaft. In den Wochenmagazinen amputierte er durch Retouche die Abbildungen von schönen Frauen, denen er einen Arm, ein Bein, ja sogar den Kopf in der Weise wegretouchierte, daß das Bild nachher wie eine Sezierleiche in einem anatomischen Atlas wirkte.

*

Die sadomasochistische (metatropistische) Art der Sexualpsychopathie erreicht bei den Sexualmördern ihre schicksalsschwerste Steigerung. *Die polymorph-perverse Triebstruktur ist eine triebpsychologische Bedingung bei jeglicher Art von Sexualverbrechern und Lustmördern.* Oft besteht triebpsychologisch eine Anlage zum Lustmord auch in den Fällen, in denen z. B. ein Homosexueller seinen Partner oder einen seiner Angehörigen scheinbar nur aus Raubabsicht ermordet.

Die genaue Triebanalyse kann auch in diesen Fällen die tiefere sexualpathologische Triebfeder der Tat enthüllen. In diesem Sinne fassen wir den Raubmordfall E. A. auf, den der Psychiater ERNEST STUMPER in der Anstalt Ettelbrück in Luxemburg auch mit dem Triebtest untersucht und begutachtet hat.

Fall 36. 18jähriger homosexueller Raubmörder

Proband hat am 4. November 1947 den Vater seines homosexuellen Partners ermordet und nach der Tat ausgeraubt. Die Vorgeschichte des Probanden und der Tat fassen wir kurz zusammen²:

E. A. wurde am 9. Juni 1929 geboren. *Er wurde als uneheliches Kind von seiner Mutter ausgesetzt* und von den Schwestern des Krankenhauses in E. aufgenommen. Im Alter von zwei Jahren wurde er von der Schwester der Mutter in Pflege genommen, die sich auf Grund eines

¹ HIRSCHFELD, MAGNUS: Sexuelle Zwischenstufen. Marcus und Weber, Bonn 1918. S. 237.

² STUMPER, E.: Application pratique du Test de Szondi. III. «Cas de l'assassin homosexuel E. A.» Annales médico-psychologiques. 109^e année. T. I, n^o 3, mars 1951. Hier wurde der Fall ausführlich publiziert.

von den Schwestern aufgegebenen Zeitungsinsertes mit anderen Personen meldete. *Erst als die Schwester der Mutter das Kind in Empfang nahm, erfuhr sie dessen Identität.* Dem Angeklagten wurde eine mehr oder weniger gute, den Umständen entsprechende Erziehung zuteil. Er war ein mittelmäßiger Schüler. Nach der Schulentlassung ging er verschiedenen Beschäftigungen nach. *Nirgends blieb er längere Zeit.* Zu Hause und an seinem Arbeitsplatz führte er verschiedene Diebstähle aus. Nach dem letzten im Hause seiner Pflegeeltern verübten Diebstahl verließ er diese und bat die Mutter seines Onkels, ihn in Kost zu nehmen.

Er mietete später ein Zimmer bei einem Invalidentrentner, bei dem der Sohn des späteren Opfers, sein Freund, vorkehrte. Dieser, der als Zeuge geladen war, erklärt, daß der Zimmervermieter von E. A. ihn gefragt habe, ob er keine Arbeit für den Angeklagten wisse. So kam es, daß der Freund den Angeklagten zu sich in seine Wohnung einlud. Der Angeklagte durfte dort übernachten und *hatte mit ihm anormale Beziehungen.* Bald verbrachte der Angeklagte unter den gleichen Umständen acht aufeinanderfolgende Tage und Nächte im Hause des Freundes. Er verschaffte dem Angeklagten Arbeit bei einem Anstreichermeister. E. A. arbeitete an verschiedenen Orten; der Sohn des Opfers holte ihn an seiner Arbeitsstätte öfters ab und brachte ihn auch wiederum dorthin. Ihre Beziehungen dauerten die ganze Zeit weiter. Während dreier Tage führte der Angeklagte Arbeiten für den Freund durch. Laut Vereinbarung sollte er dafür 480 Franken erhalten.

Am 4. November 1947, gegen halb 11 Uhr vormittags, ging E. A. zum Haus des Freundes. Der Vater ließ ihn eintreten. Statt aber später die Wohnung zu verlassen, ging E. A. in den Keller des Hauses, um dort abzuwarten, bis Vater und Sohn das Haus verlassen hatten. Er hatte in diesem Haus die Ausführung eines Diebstahls geplant, und er war mit der Örtlichkeit gut vertraut, zudem kannte er die Stelle, wo die Familie ihr Geld aufbewahrte. Er begab sich in die Waschküche, wo er sich in einer Ecke hinter dem Heizungskessel versteckte. Dort verblieb er nahezu drei Stunden. Gegen 14 Uhr hörte er, wie er in seiner Vernehmung gestand, Tritte in dem nebenanliegenden Kellerflur. Dann sah er, wie der Vater des Freundes die Tür zur Kellerwerkstätte aufsperrte, vielleicht in der Absicht, dort Holz zu zerkleinern. Der Alte hatte E. A. erblickt, hatte ihn gefragt, was er hier tue, worauf er die Kellertreppe wieder hinaussteigen wollte. E. A. hat angegeben, er sei in diesem Augenblick entschlossen gewesen, den Alten daran zu hindern, die Hausbewohner zu alarmieren und *er habe den Entschluß gefaßt, den Greis mundtot zu machen, um bei der Ausführung des beabsichtigten Diebstahls nicht gestört zu werden.* Er lief zum Heizungskessel, riß von einem dort stehenden Gestell ein dickes vierkantiges Holzstück ab. Dann eilte er dem Alten nach und holte ihn unten an der Kellertreppe ein. Als der Alte den Kopf nach rechts umdrehte, versetzte er ihm mit dem Holzstück einen Schlag auf den Kopf, wobei er das Holzstück mit beiden Händen festhielt. Der Greis schrie auf, taumelte gegen die Wand, blieb jedoch stehen. Nun versetzte er ihm von hinten einen zweiten Schlag auf den Kopf, worauf das Opfer rücklings zu Boden fiel. Als er die Kellertreppe hinauflaufen wollte, hörte er lautes Stöhnen des Opfers. Um den Greis zum Schweigen zu bringen, lief er in die Waschküche, nahm einen dort bei der Heizung hängenden Strick und band ihn zu einem festen, einfachen Knoten um den Hals des Greises. Um den Körper zu verstecken, zog er ihn in die Kellerwerkstatt. Mit der Mütze des Ermordeten wischte er alsdann die vorhandenen Blutspuren auf, dazu bediente er sich auch eines Lappens, den er in der Küche geholt und mit Wasser durchtränkt hatte. Mütze, Lappen und Holzstück warf er in die Kellerwerkstatt und in die Waschküche. Aus den Kleidern des Opfers nahm er eine silberne Taschenuhr mit Kette und eine Geldbörse mit einigen hundert Franken Inhalt.

Alsdann sperrte er die Werkstatttür ab, nahm den Schlüssel zu sich und ging in die im Erdgeschoß gelegene Küche. Die von dem Opfer offengelassene Wohnungstür schloß er ab, ging dann ins Eßzimmer und ließ die Rolladen herunter. Den zur Geldkassette passenden Schlüssel suchte er vergeblich; deshalb brach er die Kassette mit einem Feuerhaken auf. Daraus entwendete er etwa 20 000 Franken, eine neue goldene Herrenarmbanduhr, zwei Herrensiegelringe, ein Stück Gold im Gewicht von 10–12 Gramm, ein von einer Zahnprothese herrührendes Stück Gold und Platin und eine Füllfeder. Nach vollbrachter Tat rauchte der Mörder eine Zigarette im Eßzimmer. Gegen 16 Uhr verließ er das Haus.

Mit dem gestohlenen Geld bezahlte er einige Schuhe, kaufte sich Kleidungsstücke, suchte ein Belustigungslokal auf. Mit einem Nachtzug fuhr er dann nach B., wo er sich vieles kaufte und wo er in Nachtlokalen viel Geld ausgab. Nach L. zurückgekehrt, trug er sich unter seinem richtigen Namen in das Register eines Bahnhofhotels ein, wo er bei einer Kontrolle am 11. November 1947 verhaftet wurde. Bei seiner Festnahme trug er von den in der Wohnung des Opfers entwendeten Gegenständen einen goldenen Siegelring (den zweiten hatte er in B. an ein Serviermädchen verschenkt) und den Füllfederhalter bei sich. Am 5. November waren in dem Mantel, den er am Abend des Verbrechens bei seiner Wirtin zurückgelassen hatte, zwei Ringkistchen, wovon das eine die beiden obenerwähnten Goldstücke enthielt, gefunden worden. E. A. legte ein volles Geständnis ab, das er aber später widerrufen. *Nach den neuen Angaben hätte sein Sexualpartner, also der Sohn selbst, den Vater getötet, weil sein Vater um die widernatürlichen Beziehungen seines Sohnes zu ihm gewußt hätte.*

Das Gericht sprach den Angeklagten des Raubmordes schuldig und verurteilte ihn zu lebenslänglicher Zwangsarbeit.

E. A. wurde von Herrn Dr. E. STUMPER getestet. Abbildung 53 gibt die Ergebnisse wieder.

A. Syndromanalyse

I. Das Raubmördersyndrom

Das Raubmördersyndrom besteht nach Angabe der «Experimentellen Triebdiagnostik» (S. 94) in folgenden Faktorenreaktionen =

1. Aufstauung von Wut, Haß, Zorn und Rache =
2. Entwertung aller idealen Werte; Destruktion =
Profil IX =
3. Totale Abtrennung von der Welt, totales Freisein von allen Bindungen an die Welt =

Proband gab das klassische Raubmördersyndrom in den Profilen I, IV, V, IX, also 4:10 Profilen =

Besonders wichtig ist die IX. Aufnahme, wo er das destruktive, alle Werte entwertende Ich gibt =

Testologisch:

1	2	3
—	—	—
<i>e</i>	<i>k</i>	<i>m</i>
	<i>e</i> = —	
	<i>k</i> = —,	
	besonders <i>k</i> = —!!	
	<i>m</i> = —	
<i>e</i>	<i>k</i>	<i>m</i>
—	—	—
	<i>k</i> = —!!	

II. Das polymorph-perverse Lustsyndrom

besteht aus folgenden Faktorreaktionen:

1. Besessenheit von dem Wunsch, sich auszudehnen, großzumachen, sich der Welt zu bemächtigen =
2. Ewiges Streben nach Erwerbung von Lust- und Wertobjekten =
3. Ewiges Rivalisieren =
4. Sich-Anklammern an die Lustwelt =
5. Entwertung aller Ideale =

Proband liefert das polymorphe Lustsyndrom im Profil III =

<i>p</i> = +, ± (0)
<i>d</i> = +, ± (0)
<i>p</i> = +, <i>d</i> = +
<i>m</i> = +, ± (0)
<i>k</i> = —, —!!
<i>k</i> <i>p</i> <i>d</i> <i>m</i>
— ± + 0

III. Das paroxysmale (epileptiforme) «Kain»-Syndrom

1. Reine Kainreaktion:

- a) Profile I, II =
- b) Der gewalttätige Kain: Profile IV, V, IX =

2. Totale Entladung der Affekte, Profil III

3. Das Mördersyndrom =
mit einem Ventil im Faktor *e*: Profile VI, VII, X =

4. Der Wechsel der zwei Reaktionen *P* = — 0 und *P* = 0 —

Profil V
Profil VI
Profil IX
Profil X

<i>P</i> = — +
<i>P</i> = — 0
<i>P</i> = 0 0
<i>e</i> <i>k</i> <i>m</i>
— — —
0 — —
<i>P</i> = — 0
<i>P</i> = 0 —
<i>P</i> = — 0
<i>P</i> = 0 —
<i>P</i> = — 0
<i>ky</i> = — } <i>P</i> = 0 —
<i>e</i> = 0 }
<i>C</i> = — —
<i>e</i> = — } <i>e</i> = 0 } <i>e</i> = + }

Das will sagen: einmal trägt er seine groben Kainaffekte (*e* = —) zur Schau (*ky* = 0) =

ein andermal versteckt er sich, nachdem er die groben Affekte entladen hat =

5. Auch die totale Ablösung von der Welt spricht für eine paroxysmal-epileptische Triebstruktur, Profil X =

6. ferner der Umstand, daß er drei verschiedene Reaktionen im Faktor *e* gab:
Profil I, II, IV, V, IX =
Profil III, VI, VII, X =
Profil VIII =

Fall 36

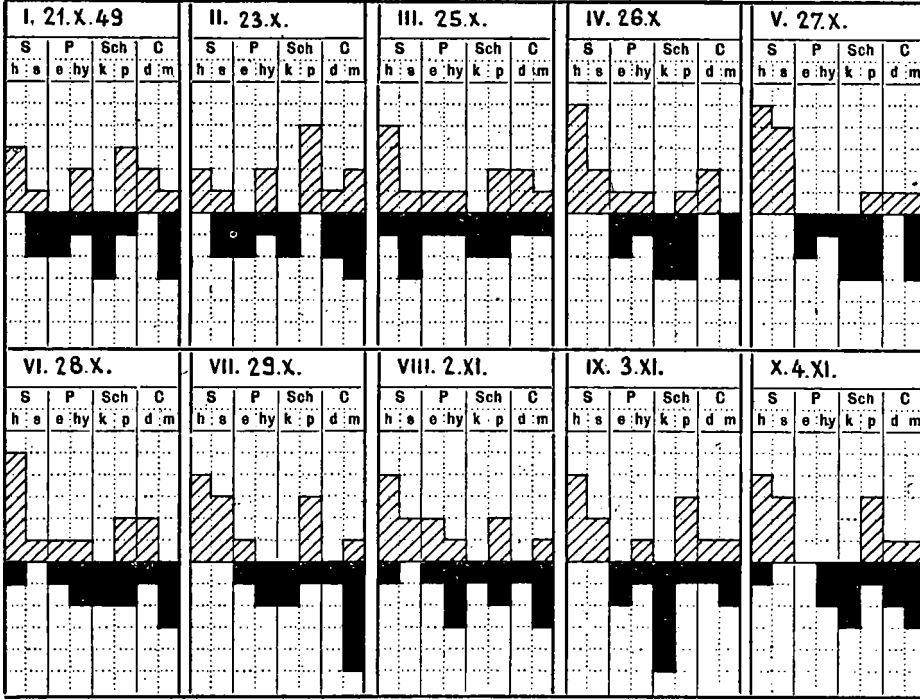
Alter: 18

Beruf: —

Homosexueller
Raubmörder

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1949:		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
21.X	I.	+ -	- +	- +	+ -	0	0	0
	II.	+ -	- +	- +!	- ±	0	1	1
	III.	+!	0	0	- ±	+ 0	3	1 4
	IV.	+!! +	- 0	- -	+ -	1	0	1
	V.	+!! +!	- 0	- -	0 -	2	0	2
	VI.	+!! 0	0 -	- ±	+ -	2	1	3
	VII.	+! +	0 -	- +	0 -!	2	0	2
	VIII.	+! +	+ -	0 ±	0 -	2	1	3
	IX.	+! +	- 0	-! +	0 -	2	0	2
4.XI.	X.	+! +	0 -	- +	- -	1	0	1
	Σ 0	0 1	4 4	1 0	4 1	15		
	Σ ±	0 0	0 0	0 3	0 1		4	
	T. sp. G.	0 1	4 4	1 3	4 2			19
Latenzgrösse		S = .1	P = .0	Sch = 2	C = .2			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma^0}{\Sigma \pm} = \frac{15}{4} = 3.7$

2. Triebformel:

Symptomatische:	e_4^0, d_4^0, hy_4^0
Submanifeste bzw. sublatente:	$p_3^+, m_2^-, k_1^-, s_1^+$
Wurzel-Faktoren:	$h_0^{+!}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Schk^{-!}}{2} : \frac{Cm^{-}}{2} : \frac{Sh^{+!}}{1} : \frac{P}{0}$

4. Triebklasse:

Schk⁻ quadriaequal

Abb. 53. Fall 36. 18-jähriger homosexueller Raubmörder

IV. Das antisoziale, haltlose (Dieb-)Syndrom

(Vgl. «Exper. Triebdiagnostik», Tab. XXI, S. 279, Rubrik V)

1. Erwerbungsanfälle =

$$\frac{e = 0 \quad d = 0}{\text{oder}}$$

$$e = - \quad d = 0$$

2. mit dem Drang, sich aufzublasen, großzumachen =

$$p = +$$

3. mit Entwertung der Ideale =

$$k = -$$

4. und mit Aggression, Profile VII, IX =

$$s = +$$

Für die Haltlosigkeit spricht die Kontaktreaktion in den Profilen V, VII, VIII, IX =

$$C = 0 -$$

V. Das paranoide «Größenwahn»-Syndrom

1. Die Mitte =

Profile I, II } der Kain vom Typ «Ödipus» =
 Profil IX }

P		Sch	
-	+	-	+
-	0	-!!	+
0	-	-	+

2. Besessenheit, Größenwahn mit sensitiver Beziehungsangst, Profile VII, X =

$$0 \quad - \quad - \quad +$$

VI. Anlage zu maskuliner, sadistischer Homosexualität

1. Über alle Maßen aufgestaute Liebe. Profile III, VII, VIII, IX, X =
 Profile IV, V, VI =

$$b = +!$$

$$b = +!!$$

2. Das weibliche Ich, Profil VIII =

$$Sch = 0 \pm \}$$

das er aber entwertet =

$$k = - \}$$

Profile III, VI =

$$Sch = - \pm$$

3. Aggression, Profile IV, V, VII, VIII, IX, X =
 einmal, im Profil V, mit Triebüberdruck =

$$s = +$$

$$s = +!$$

4. Analsadismus, Profile IV, V, VI, VII, VIII, IX =

$$s = +, d = + \}$$

Proband ist demnach zumeist nicht der passive, sondern der anal-sadistische Partner in dem gleichgeschlechtlichen Verkehr =

$$s = +, d = 0 \}$$

Nur selten ist er auch der Passive; Profile I, III =

$$s = 0, d = + \}$$

$$s = -, d = + \}$$

B. Bestimmung der Person im Triebinnäus

Der Proband gehört der *Schk-quadriäqualen* Klasse an =

$$\frac{Schk- : Cm- : Sb+ : P}{2 : 2 : 1 : 0}$$

Laut Angabe der «Experimentellen Triebdiagnostik» ist für Menschen dieser Triebklasse charakteristisch (Tab. XX, S. 278, Rubrik *Schk-*): «Maskuline (aktive) Homosexualität. Paranoide, epileptoide Psychopathie mit Selbstmordgefahr.»

*

Auf Grund der Triebanalyse ist demnach der Proband ein *paroxysmaler Psychopath*, bei dem im Experiment neben dem Raubmordsyndrom auch die psychopathische Trias in klassischer Form nachweisbar war:

1. das Lustsyndrom der Perversion, 2. die Kainmitte, 3. die Quadriäqualität der benützten Triebventile.

Proband war aber in der Tat ein manifester, vermutlicherweise analerotischer Homosexueller, der den Vater seines Liebespartners ermordet hat. Dem Schicksalsanalytiker drängt sich die Frage auf: Warum hat E. A. eben den Vater seines Liebesobjektes und nicht eine andere Person getötet und ausgeraubt? Ferner: Warum hat er die Schuld des Mordes auf den Sohn des Opfers abgewälzt?

Aus der Vorgeschichte ist es bekannt, daß der Proband als ein uneheliches Kind von der Mutter ausgesetzt wurde (*Ödipus-Schicksal*). Er hatte also keine Mutter und keinen Vater, aber um so stärker wirkte in ihm der unbewußte

Kain-Ödipus. Unbewußt drängt in ihm der Vatermordimpuls eines Ödipus-Schicksalsträgers in den Vordergrund, den «Vater», der für sein Schicksal die Schuld trägt, zu töten. Anstelle des unbekanntenen eigenen Vaters ermordete er den Vater des Liebespartners, mit dem er sich identifiziert hat. Aus dieser Identifizierung könnte triebpsychologisch auch der Umstand verständlich werden, warum er den eigenen Sohn des Opfers mit der Mordtat beschuldigte. Der Sohn war ja, triebpsychologisch gesehen, er selbst.

*

Aus der Dialektik des Vorder- und Hintergängers ist es verständlich, daß das Syndrom des perversen Lustprinzips nicht stets in den Vordergrundprofilen zu finden ist.

Zur Zeit der Anklage und im Gefängnis befindet sich der Verbrecher oft in einer derjenigen vor der Tat polar entgegengesetzten Seelenlage. Deswegen ist es unerläßlich, die theoretischen und, wo es möglich ist, auch die experimentellen Komplementprofile auf die psychopathische Trias, insbesondere auf das perverse Lustsyndrom zu überprüfen. Möglicherweise enthüllen, wie im Fall 37, nur die Hintergängerprofile die seelische Möglichkeit eines Verbrechens.

Fall 37. 68jähriger Bäcker. Kindsmörder

Der 68jährige Bäckermeister lebte als Kind in Wien. Er hing sehr an seinem Vater, verlor diesen und wurde früh Waise. Seine amerikanischen Verwandten holten ihn nach den USA. Dies empfand er immer als Verlust seiner Wiener Heimat. Zuerst klammerte er sich an seine amerikanischen Verwandten, die ihn zurückstießen. Er heiratete eine Frau, die bald in eine Irrenanstalt kam und ihm eine Tochter zurückließ, die später *seine Liebe nicht erwiderte*. Er fing an zu trinken. Fand dennoch eine sehr gute Stellung als Bäcker bei einem Mann, den er wie seinen Vater behandelte. Nach langen Jahren, in denen er sehr glücklich war, wurde er aber auch von diesem Mann wegen seines Trinkens verstoßen. Verzweifelt irrte er umher und fand schließlich bei seinen Verwandten Aufnahme.

Er ist ein typischer *oral*-betonter, pyknisch-zyklischer Mensch, eine unbegabte, unintelligente, dabei aber *gutmütige* und vehemente, anhängliche Person. Unfähig zu neuen freundschaftlichen Beziehungen zu Erwachsenen, dagegen aber *große Zuneigung zu einer 6jährigen Freundin seines Enkelkindes*. Es kommt zu eindeutigen Manipulationen. Seine Verwandten nötigen ihn, sich dem Gericht zu stellen. Darauf betrinkt er sich. Am gleichen Tag kommt das Kind wieder zu ihm. Er versucht Berührungen; sie schreit; er stranguliert sie, und als sie sich noch immer bewegt, erschlägt er sie nacheinander mit Hammer, Äxt und Eispickel.

Übereinstimmend mit dem Triebtest ergaben auch alle anderen Tests, daß es sich nicht um einen mit kalter Überlegung durchgeführten Mord handelt, sondern um die Verzweiflungstat eines unter Alkohol stehenden Menschen. Der Gerichtspsychiater fand ihn «gesund». Er wurde zum Tode verurteilt.

Diesen Bericht ergänzt der Kollege mit folgender Nachschrift: «Die einzelnen Tests wurden in den letzten Wochen vor der Verurteilung durchgeführt; der letzte am Tage der Verurteilung. Wie würden Sie retrospektiv diese Persönlichkeit beurteilen? Geschah hier kein Justizmord?»

Abbildung 54 stellt die sechs Triebprofile mit der Tendenztafel der V. G. P. dar.

A. Analyse des Vordergängers

Der Mensch im Vordergrund

1. ist stark inzestuös gebunden. Profile 4, 5, 6 =
 Er klammert sich mit allen Kräften an das Objekt (vermutlich auch an das Leben?); Profil 1 =
 Er hat Angst, es zu verlieren.

Testologisch:

$C = - +, - +!!$

$C = 0 +!!$

2. Im Sexus ist er auf die *kindliche Stufe* regrediiert. Profil 6 =
 3. Die Mitte ist voll mit Schuld- und Strafangst =
 Profil 5 =
 Profile 3, 6 =
 Er versucht aber, die Schuld auf andere abzuwälzen, er projiziert
 sie; Profil 1 =
 Profil 2 =
 Seine Schuldangst ist demnach nur teilweise Reue.
 4. Seine destruktive, alles entwertende Anlage drängt zweimal in den
 Vordergrund. Profil 2 =
 Profil 5 =

$$S = 0 \ 0$$

e	hy	k	p
+	-	-!	+
+(0)	-	-	±
e	hy	k	p
±	-	-	-
+	±	-!	-

$$Sch = -! -$$

$$Sch = -! +$$

Ein Hinweis auf die Tatsache, daß der alte Bäcker, der im Gefängnis
 in Schuld- und Strafangst lebt, doch keine «harmlose» Person sein kann.
 Für eine *psychopathische Persönlichkeit* sprechen demnach zwei Sym-
 ptome:

1. die quadriäquale Klasse =
2. das *Lustsyndrom* im Profil 3 =

$$Phy- : Schk- : Ss+ : C$$

2	:	2	:	1	:	0
s	k	p	d	m		
-	-	±	+	+		+

Auf Grund dieser Symptome sind wir aber noch nicht zur Diagnose «Lust-
 mörder» berechtigt.

Doch gelangen wir zu einer sicheren Diagnose, wenn wir auf Grund der theo-
 retischen Komplementprofile die Person beurteilen.

Tabelle 48 stellt den Hintergänger dar:

Tabelle 48. Analyse des Hintergängers

Th. K. P.	S	P	Sch	C
I	± ±	0 +	+ +	± -!!
II	- -	- 0	+! +	- ±
III	± +	- +	+ 0	- -
IV	- -	0 +	± 0	+ -
V	± 0	- +	+! -	+ -
VI	± ±	± +	+ 0	+ -!!

B. Analyse des Hintergängers

Der Hintergänger *könnte* ein Mörder sein. Dafür sprechen:

1. das Mördersyndrom im Profil 5 =
2. a) die Mitte des autistischen Kains. Profil 3 =
 Profil 5 =
 b) die positive Mitte. Profil 1 =
 c) die teils positive Kainsmitte. Profil 2 =

e	p	m	
-	-	-	
e	hy	k	p
-	+	+	0
-	+	+!	-
0	+	+	+
-	0	+!	+
k = +, p = +			
P = - 0			
P = 0 +			

Der Hintergänger will also alles sein und haben =
 Er könnte mit Kainswut =
 seine Triebansprüche geltend machen =
 Die Schattenfigur ist demnach eine gefährliche Person. Um so eher,
 da ja

3. der Hintergänger sich von der Welt sehr verlassen fühlt; er ist ver-
 einsamt, ja sogar von der Welt völlig abgesperrt; Profil 3 =

$$m = -$$

$$C = - -$$

Der Vorgänger liefert demnach Anzeichen einer Psychopathie; der Hinter-
 gänger dagegen könnte schon eine Mordtat verüben.

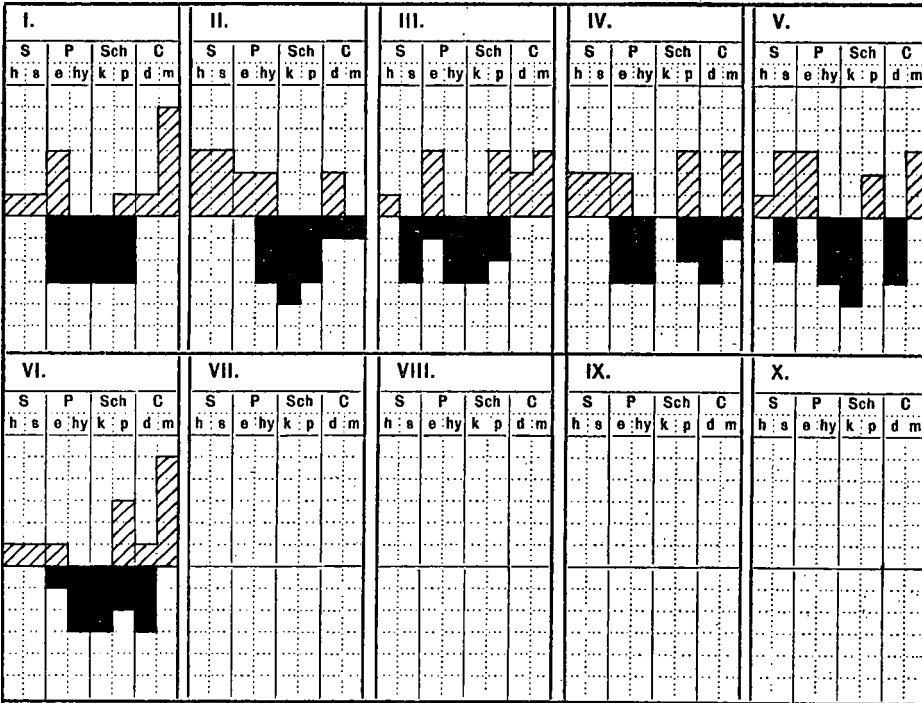
Fall 37
Kindermörder
Trinker

Alter: 68

Beruf: Bäckermeister

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1950		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ				
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
8. I.	I.	0	0	\pm	-	-	-	0	+	3	1	4
9. I.	II.	+	+	+	\pm	-!	-	+	0	1	1	2
10. I.	III.	0	-	+	-	-	\pm	+	+	1	1	2
11. I.	IV.	+	+	\pm	-	0	\pm	-	+	1	2	3
15. I.	V.	0	\pm	+	-	-!	+	-	+	1	1	2
17. I.	VI.	0	0	0	-	-	\pm	-	+	3	1	4
	VII.											
	VIII.											
	IX.											
	X.											
	Σ 0	4	2	1	0	1	0	1	1	10		
	Σ \pm	0	1	2	1	0	3	0	0		7	
	T. sp. G.	4	3	3	1	1	3	1	1			17
	Latenzgrösse	S = .1		P = .2		Sch = .2		C = .0				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{10}{7} = 1.4$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$h_4^0; s_3^0; e_3^{+0}; p_3^{\pm}$
Submanifeste bzw. sublatente:	
Wurzel-Faktoren:	$hy_1^-; k_1^-; d_1^-; m_1^{+II}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Phy^-}{2}; \frac{Schk^-}{2}; \frac{Ss^+}{1}; \frac{C}{0}$

4. Triebklasse:

Phy- Schk- quadriaequal

Abb. 54. Fall 37. Kindermörder. 68jähriger Bäckermeister

Auf Grund der Triebanalyse müssen wir also annehmen, daß der 68jährige Bäcker im Hintergrund seiner Seele in der Tat die Anlage eines Mörders, ja sogar eines Lustmörders verborgen trug. Zur Zeit der Tat mußte sich die Drehbühne der Triebe umdrehen, so kam der im Hintergrund lauernde Mörder zur Geltung. Der Alkohol, dieser häufigste und gewaltigste Regisseur der seelischen Drehbühne, hat auch in diesem Fall seine schicksallenkende Rolle, die Umdrehung der Bühne, mit Erfolg gespielt. Von einem Justizmord kann man demnach in diesem Fall nicht sprechen. Denn *der Mörderhintergänger drang in der Tat zur Zeit des Mordes in den Vordergrund und er, der «Schatten», hat das Kind ermordet*. Verurteilt wurde demnach der zur Zeit der Tat in den Vordergrund gedrungene Mörder und nicht die gutmütige Persönlichkeitshälfte, die zur Zeit der Verhandlung im Gefängnis saß. Der Fall ist ein Paradigma, wie die Komplementmethode in der Kriminalistik dem Begutachter helfen kann. Die Justiz mußte den Mörder bestrafen, da er sich im Vordergrund geltend gemacht hatte, sie mußte es auch dann, wenn der «Täter» vor und nach der Tat nur die «dunkle Persönlichkeitshälfte» der Person ausmachte.

Wäre im Hintergrund der Person nicht der Lustmörder gewesen, sondern zum Beispiel ein paranoider Psychotiker, der sich zur Zeit der Tat in den Vordergrund gedrängt hätte, dann hätte man schon über die Frage eines Justizmordes diskutieren können.

*

Die zweite Hauptgruppe der sexuellen Psychopathien bilden die Homosexuellen.

II. Sexuelle Inversion. Konträre Sexualität. Homosexualität¹

1. Allgemeines

Das Wort *homosexuell* finden wir zuerst in einer anonymen Broschüre 1869 von «Kertbeny». Dahinter steckt ein ungarischer Arzt namens Dr. Benkert. Er definiert die Homosexualität wie folgt:

«Neben dem normalsexuellen Triebe hat die Natur in ihrer souveränen Laune bei Mann wie Weib auch den *homosexuellen* Trieb gewissen männlichen oder weiblichen Individuen bei der Geburt mitgegeben und ihnen damit eine geschlechtliche Gebundenheit verliehen, welche sie sowohl physisch als geistig unfähig macht, auch bei bestem Willen zur normalsexuellen Erektion zu gelangen; dieser Trieb setzt einen direkten Horror vor dem Gegengeschlechtlichen voraus und macht es den mit dieser Leidenschaft Behafteten *unmöglich*, sich dem Eindrucke zu entziehen, welchen einzelne Individuen des gleichen Geschlechts auf sie ausüben.» Die Kriterien der Homosexualität sind nach diesem Autor: 1. Angeborenheit, 2. invertierte Gebundenheit, 3. Horror vor dem Gegengeschlechtlichen. Das Leiden kommt beim Manne wie bei der Frau vor.

In dem gleichen Jahre prägte CARL WESTPHAL den Begriff «*konträre Sexualempfindung*». In diesem Ausdruck kommt der Sinn zum Vorschein, daß diese Menschen sich dem ganzen inneren Wesen nach *dem eigenen Geschlechte entfremden* und daß sie *so sein möchten wie das andere Geschlecht*, also die konträrsexuelle Frau ein Mann, der konträrsexuelle Mann eine Frau. Heute nennen wir diesen Drang «*Triebzielinversion*» (FREUD).

MAGNUS HIRSCHFELD unterscheidet:

1. *echte*, totale Homosexualität mit *ausschließlich* gleichgeschlechtlichem Wahlobjekt;
2. pseudoheterosexuelle Homosexualität;

¹ Synonyme: *Homosexualität*: BENKERT, *Konträrsexualismus*: WESTPHAL, *Uranismus* (Urning, Uranier) nach ULRICH. Dieser letztere Ausdruck stammt aus Platons Symposion; hier heißt es, daß «die von dem Eros der Göttin *Urania* Angewechten sich ausschließlich zum männlichen Geschlecht hingezogen fühlen».

3. pseudohomosexuelle Heterosexualität (nach IVAN BLOCH);
4. Bisexualität;
5. *tardive, erworbene* Homosexualität bei Nachlassen der Heterosexualität im hohen Alter; diese Form wird aber aufgeteilt zwischen Bisexualität und Pseudohomosexualität.

Die homosexuelle Trias nach MAGNUS HIRSCHFELD

1. *Ausbleiben der normalsexuellen Affinität* (also der Zuneigung zum andern Geschlecht). Dies ist die *negative* Seite der Homosexualität (*Horror feminae* bzw. *Horror viri*).
2. *Bewußtwerden und Betätigung* des Dranges, Personen des gleichen Geschlechtes zu lieben, und zwar physisch und seelisch.
3. *Intersexuelle Konstitution*, verbunden mit «hystero-neurasthenischer» Irritabilität.

Weitere Symptome

4. Impotenz oder Ejaculatio praecox beim *heterosexuellen* Verkehr;
5. Post coitum: Haß, Ekel, Abneigung;
6. Unfähigkeit zur manuellen Berührung der Genitalien des andern Geschlechtes, zum Küssen Andersgeschlechtlicher.
7. Erregung nach dem Koitus: der heterosexuelle Akt stachelt sie zum gleichgeschlechtlichen Akt auf.
8. Schwere Schlaflosigkeit, Depressionen.
9. Mysogynie beim Mann, Androphobie bei der Frau.
10. *In der Jugend* Fremdheitsgefühl unter Gleichgeschlechtlichen und Kameradschaftsgefühl unter andersgeschlechtlichen Personen.
11. Überstarke Mutterbindung bei homosexuellen Männern; Vaterbindung bei homosexuellen Frauen.
12. *Heterosexuelle Episoden* in der Pubertät anstelle der physiologischen Homosexualität bei Jugendlichen.
13. Eifersucht auf Mitbewerber *desselben* Geschlechts.
14. Das Traumleben wird von homosexuellen Ansprüchen beherrscht oder Angstträume bei Verlobungen mit einem heterosexuellen Partner (NÄCKE);
15. Invertiertes Schamgefühl.
16. Wortzauber für männliche Homosexuelle: Jüngling, Bursche, Mann, Held usw., für homosexuelle Frauen: Maid, Mädchen, Weib, Freundin usw.

Die Frage der *aktiven* und *passiven* Rolle wird nicht einheitlich beantwortet. Es gab Völker, die *nur* den *passiven* Partner verachteten.

Wirkliche effeminierte Homosexuelle sind nach vielen Auffassungen (so nach FERENCZI) *nur* die *Passiven*. Der *aktive* sei ein «Analsadist».

Formen der Homosexualität:

1. Mutuelle, manuelle Masturbation = *Digitatio* (40%).
2. Oraler Verkehr (*Penilinctio*) (40%).
3. Femoraler Verkehr (12%).
4. Analer Verkehr (*Pedikation*) (8%).

Es ist eine forensische Seltsamkeit, daß Anilinctio und Cunnilinctio straffrei, hingegen Pedikation und Penilinctio *strafbar* sind, da die beiden letzteren eine Immission in den Körper des anderen bedeuten.

Ursprung der Homosexualität

I. Erblicher Ursprung: MAGNUS HIRSCHFELD und viele andere Kliniker halten die Homosexualität für eine *a priori* mitgebrachte, *vererbte* Angelegenheit. Dafür führen sie folgende Argumente auf:

1. *Angeborene Intersexualität*, eine spezifische Konstitution der Gesamtpersönlichkeit, bei der erbbiologisch die Proportionen der F:M-Gene fast gleich groß wären, findet man bei Homosexuellen fast immer. Andere Autoren leugnen aber den strikten Zusammenhang zwischen Intersexualität und Homosexualität.

2. In mindestens 35% der Fälle tritt die Homosexualität *familiär* auf (v. RÖMER, THEO LANG, PILTZ, SZONDI usw.). Häufig finden wir homosexuelle Brüder, Zwillinge¹ oder Schwester und Bruder.

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. 2. Aufl. S. 218 ff., Fall 28.

3. Die Eltern oder Großeltern von Homosexuellen sind in 6% Blutsverwandte (normal: 0,5-1%), ein Hinweis auf die *rezessive* Erbanlage der Homosexualität.

4. Besondere *Erbkoppelungen* sollen ebenfalls für die Rolle der Erbanlage sprechen. So ist *Homosexualität mit Selbstmord* in den Familien von Homosexuellen häufig (22,6%), davon 16,7% wegen homosexueller Anlage, 13,9% wegen unglücklicher homosexueller Liebe, 11,1% wegen Depression, 8,3% im Delirium, 16,7% aus pekuniären und 33,3% aus unbekanntem Gründen Selbstmörder wurden (M. HIRSCHFELD). Weitere Koppelungen: *Homosexualität und Migräne, Homosexualität und Paranoia* (FREUD).

5. Die fast konstante Zahl (3%) der Homosexuellen in der Bevölkerung wäre auch ein Hinweis auf die erbliche Genese.

II. Endokrine Störungen: Die Hoden von Homosexuellen sollen nach STEINACH sehr beachtenswerte mikroskopische Unterschiede gegenüber den normalen Strukturverhältnissen aufweisen. *Künstliche* Erzeugung des homosexuellen Verhaltens bei Tieren durch die Einführung innersekretorisch wirksamer «Pubertätszellen» *beiderlei* Geschlechts spricht nach STEINACH ebenfalls für einen endokrinen Ursprung. Umstimmung der homosexuellen Erotisierung durch Entfernung der Geschlechtsdrüsen bei Homosexuellen und ihren Ersatz durch Hoden von Heterosexuellen wäre ein weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung. Die Experimente von STEINACH sind aber derzeit fraglich geworden.

III. Psychischer Ursprung: Homosexualität ist die Folge einer invertierten Identifikation (FREUD). FREUD sagt: «*Die Anerkennung des organischen Faktors der Homosexualität überhebt uns nicht der Verpflichtung, die psychischen Vorgänge bei ihrer Entstehung zu studieren.*» (Bd. V, Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht. S. 396.)

Die psychischen Schritte bei der Entstehung der Homosexualität wären nach FREUD die folgenden: 1. Mutterbindung, 2. *Identifizierung mit der Mutter*, 3. Suchen nach gleichgeschlechtlichen Objekten, *die so sind wie er* und die er so lieben könnte, wie die Mutter in diesem Alter *ihn* geliebt hat. Daher muß das homosexuelle Liebesobjekt *das gleiche Alter* haben, in dem bei ihm die Umwandlung erfolgt ist.

Weitere Motive, die nach FREUD die Homosexualität bedingen können: 1. *die narzisstische Objektwahl* fällt dem Jungen leichter; 2. *Hochschätzung des männlichen Organs* und die Unfähigkeit, auf dessen Vorhandensein beim Liebesobjekt zu verzichten; 3. *die Geringschätzung des Weibes*, die Abneigung gegen dasselbe; diese Abscheu kommt nach FREUD aus der *Kastrationsangst*. Ferner Verzicht, mit dem Vater zu konkurrieren.

Also: 1. *Mutterbindung*, 2. *Narzissmus*, 3. *Kastrationsangst* wären nach FREUD die wichtigsten seelischen Motive der Homosexualität. Dazu gesellen sich 4. *Fixierungen durch frühzeitige Verführung*; 5. *organische* Faktoren, die die *passive* Rolle begünstigen.

Ein anderer Weg, der nach FREUD zur Homosexualität führen könnte, wäre der *über die Eifersucht* auf die Brüder. Bei dieser Form sind die Schritte: 1. *Mutterbindung*, 2. *Eifersucht auf den Rivalen* (Bruder, evtl. Vater), 3. *Haß und Todeswunsch gegen den Rivalen*, 4. *Umwandlung, Verkehrung des Hasses in Liebe*. Also das genaue Gegenstück dessen, was bei der *Paranoia persecutoria* zu finden ist.

Die zärtlichen und die sozialen Identifizierungen entstehen nach FREUD als Reaktionsbildungen gegen die verdrängten Aggressionsimpulse. Das will sagen: Die Homosexualität ist eine *Ersatzbildung* des verdrängten Urbedürfnisses, den Rivalen zu töten. *Die Psychoanalyse betrachtet die sozialen Gefühle als Sublimierungen homosexueller Objekteinstellungen.*

Bei den Homosexuellen ist diese Sublimierung und die Abtrennung vom Liebesobjekt nicht voll geglückt.

2. Experimentelle Syndromatik der Homosexualität

A. Die Homosexualität des Mannes im Lichte des Experimentes

1. Die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten bei homosexuellen Männern geschieht in der Richtung der «weiblichen», diagonalen Spaltung, bei der also die Weiblichkeit im Vordergrund die Oberhand der Persönlichkeit ergreift.

	S	P	Seb	C
Im Vordergrund =	+ — (± —)	+ — (± —)	0 ±	+ +
Im Hintergrund =	— + (0 +)	— + (0 +)	± 0	— —

Wir wiederholen hier die Deutung dieser besonderen Teilungsart:

1. Im Vordergrund steht die Frau =
2. die gut, gerecht und lammfromm ist =
3. die im Ich das weibliche Ichideal trägt: die Person will so sein wie eine Frau =
4. Den hintergründigen Mann-Kain mit dem männlichen Ich projiziert sie =
5. *Durch die Bildung des Frauenideals, d. h. durch den Wunsch, eine Frau zu sein, ist dem Manne möglich geworden, auf die Suche nach dem Mann zu gehen und sich an den Mann anzuklammern, den er, als Wunschobjekt, in die Außenwelt hinausverlegt hat =*

Testologisch:

$$S = + -, \pm -$$

$$P = + -$$

$$\left\{ \begin{array}{l} p = + \\ S = + -, P = + - \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} S = - +, P = - + \\ Sch = \pm 0 \\ p = - \end{array} \right.$$

$$p = +$$

$$S = + -$$

$$d = +, m = +$$

$$\left\{ \begin{array}{l} p = - \\ S = - + \end{array} \right.$$

So wird er in der Tat manifest homosexuell.

Im Rahmen der Erörterung der weiblichen diagonalen Spaltung der Gegensätzlichkeiten «Mann-Weib» (Kapitel III) betonten wir schon den schicksalbedingenden Unterschied zwischen Homosexuellen und Paranoiden. Der Unterschied besteht in der Idealbildung der Weiblichkeit ($p = +$) bei dem homosexuellen Mann und der Unfähigkeit zu dieser Ichidealbildung bei dem Paranoiden. Darum muß der Paranoide zuerst den Mann und später auch die weiblichen Ansprüche projizieren (totale Projektion). *Den wesentlichen Unterschied zwischen dem homosexuellen und paranoiden Mann finden wir demnach im Ich, d. h. in der Art der Ichabwehr.* Der Paranoide projiziert beide Komponenten seiner Triebgegensätzlichkeiten, der Homosexuelle dagegen nur den Mann.

Wir betonen hier noch die Tatsache, daß der homosexuelle Mann nicht nur im Sexus, sondern in seiner ganzen Triebstruktur nur die weibliche Persönlichkeitshälfte beibehält. Die Homosexualität des Mannes ist demnach eine die ganze Persönlichkeit bestimmende Lösung der Triebgegensätzlichkeiten:

1. Im Sexus will er nur eine Frau sein =
2. im Affektleben nur mild sein =
3. im Ich nur eine Frau sein =
4. im Kontakt steht er noch sehr nahe zur inzestuösen Bindung an die Mutter =

$$S = + -, \pm -$$

$$P = + -, \pm -, 0 -$$

$$Sch = 0 \pm$$

$$C = + + \text{ ist der nächste Schritt nach } C = - +$$

$$Sch = 0 \pm$$

$$S = + -, d = +$$

$$C = + +$$

Indem er durch die weibliche Idealbildung selbst die Mutter wird, sucht er sich als Liebesobjekt einen Jungen, wie er ist oder war, den er dann so liebt, wie ihn einst die Mutter geliebt hat (FREUD).

2. Triebklasse

- a) Der homosexuelle Mann möchte sich stets als «Frau» zeigen = seine Schicksalstragödie besteht eben darin, daß er seine Weiblichkeit verbergen muß =
- b) Zumeist gehört er aber einer triäqualen Phy^- -Klasse an =
- c) Nur selten figurieren homosexuelle Männer in der Triebklasse = In diesem Fall müssen wir daran denken, daß die Person teils auch ein aktives (Ss^+) und von Größenwahn besessenes homosexuelles Individuum darstellt.

$$\left\{ \begin{array}{l} Phy^- \text{ mit} \\ S = + - \\ by = - \end{array} \right.$$

$$Phy^- \text{ mit } Ss^- \text{ oder } Cm^+ \text{ oder } Sb^{+1} \text{-Klasse}$$

$$Schp^+ \text{ mit } Ss^- \text{ oder } Ss^+ \text{ oder } Sb^+ \text{ bi- oder triäqual}$$

3. Triebformel

a) In der Triebklasse Phy^- inäqual finden wir folgende Triebformeln =

1. $\frac{e^0}{by^-, b^+}$
2. $\frac{e^0}{by^- d^+}$
3. $\frac{e^0 p^\pm}{by^-, s^-, b^+}$
4. $\frac{e^0 m^0 p^\pm}{by^-, d^{+!}, s^-}$
5. $\frac{e^0 p^\pm b^\pm}{by^- s^- d^+}$

b) In der Phy^-, Cm^+ - biäqualen Klasse =
verändert sich die Triebformel wie folgt:

$$\frac{e^0 p^\pm k^0 d^\pm, 0}{by^- m^+}$$

c) in der Phy^- - triäqualen Klasse =

$$\frac{e^{0(\pm)} p^\pm b^\pm m^0}{by^- k^+ s^- d^+}$$

d) in der Ss^- -Klasse =

1. $\frac{b^{\pm(0)}, p^\pm}{s^- d^+}$

2. $\frac{b^{\pm(0)} p^\pm}{s^-, d^+ e^+}$

3. $\frac{b^\pm, by^\pm m^0, \pm}{s^-}$

e) in der $Ss^-, Schp^+$ - biäqualen Klasse =

$$\frac{b^{\pm(0)}, k^0 d^\pm m^{\pm(0)}}{s^- p^+ e^+}$$

f) in der Ss^- - triäqualen Klasse (Phy^-, Cm^+) =

$$\frac{b^{\pm(0)} e^{0(\pm)} k^0 p^\pm d^0}{s^- by^- m^+}$$

g) in der $Ss^-, Schp^+$ - biäqualen Klasse =

$$\frac{b^\pm k^{0(\pm)} d^0}{s^- p^+}$$

h) in der $Schp^+, Sb^+$ - biäqualen Klasse =

$$\frac{k^0; s^{\pm(0)}; e^0, by^\pm}{p^+ b^+ d^+}$$

i) in der $Schp^+$ - triäqualen Klasse (Ss^-, Phy^-) =

$$\frac{k^0 b^{\pm(0)} e^0}{p^+, s^- by^-}$$

j) in der $Schp^+$ - quadriäqualen Klasse (Sb^+, Phy^-, Cm^+) =

$$\frac{k^0, s^\pm e^0 d^0}{p^+ b^+ by^- m^+}$$

k) in der Cd^+ - bi- oder -triäqualen Klasse =

1. $\frac{m^{\pm(0)} b^{\pm(0)} k^0 p^\pm}{d^+, s^-}$

oder

2. $\frac{m^{\pm(0)} e^0 b^0, \pm k^0 p^\pm}{d^+ by^- s^-}$

4. Triebgefahren und Triebüberdruck

a) Triebzielinversion =

$$S = + -$$

b) Masochismus oder weibliche Hingabe =

$$s = - !$$

c) Weiblicher Drang nach Zärtlichkeit =

$$b = + !$$

d) Ewiges, unstillbares Suchen nach dem Liebesobjekt, Anlage zu Depression =

$$d = + !$$

e) Weibliche Ichspaltung =

$$Sch = 0 \pm$$

f) Sensitive Beziehungsangst =

$$P = 0 -$$

5. Die homosexuelle Inversionsmitte

e	by	k	p
+	-	0	±
0	-	0	±
0	-	-	±
0	±	0	±(+)
0	0	0	+

6. Homosexueller Faktorenverband beim Mann =

$$\frac{1}{s} \quad \frac{2}{hy} \quad \frac{3}{p} \quad \frac{4}{d} \quad \frac{5}{m}$$

$$\pm(+), \quad +(\pm 0), \quad +(\pm 0)$$

Dieser Faktorenverband ist teils mit dem für die Psychopathie allgemein gültigen Lustsyndrom identisch =

$$\begin{cases} p = \pm (+) \\ d = + (\pm, 0) \\ m = + (\pm, 0) \end{cases}$$

Die ausschlaggebenden Faktorenreaktionen für die passive Homosexualität des Mannes sind:

- a) der Masochismus = $s = -$
- b) die Unterdrückung des Anspruchs = $hy = -$
die Weiblichkeit zu zeigen = $(hy = +)$
- c) das weibliche Ich = $Sch = 0 \pm$
- d) die biobjektive Bindung = $C = + +$

7. Besondere Ichabwehrarten

- a) Partielle Projektion = $p = -$
mit partieller Inflation der weiblichen Ansprüche = $p = +$ (mit $S = + -$)
- b) Entfremdung = $Sch = - \pm$
- c) Totale Projektion = $Sch = 0 -$

8. Besondere Kontaktreaktionen

- a) Biobjektive Bindung = $C = + +$
- b) Desintegrierte Bindung (infantile Regression in der Bindung) = $C = 0 0$
- c) Unitendenz im Suchen = $C = + 0$
- d) Seltener: hypomanische haltlose Kontaktstörung = $C = 0 -$
(besonders bei Narkomanen, Trinkern oder Kriminellen).
- e) Bei jugendlichen oder Alters-Homosexuellen oft noch Inzestbindung = $C = - +$

9. Besondere Sexualreaktionen

- a) Triebzielinversion = $S = + -$
- b) Masochismus = $S = 0 -!$
- c) Fehlen der männlichen Aktivität bei Tritendenz = $S = \pm -$
- d) Ambivalenz in der Männlichkeit = $S = + \pm$
- e) Unitendenz der weiblichen Zärtlichkeit mit kindlichem Trotz = $S = + 0$
- f) Ekzessive Onanisten geben auch das Sexualbild = $S = +! +$

10. Besondere Affektreaktionen

- a) Sensitive Beziehungsangst = $P = 0 -$
- b) Ethischer Zweifel = $P = \pm -$
- c) Gewissensangst = $P = + -$
- d) Anlage zum Jammern = $P = 0 \pm$

11. Psychosexuelle Triebproportionen

$$\frac{\text{Moll}}{\text{Dur}} = \frac{3,4, \dots}{1}$$

Triebpsychologisch rechnen wir den aktiven, aggressiven analen homosexuellen Mann nicht zu den Homosexuellen, sondern zu den analsadistisch Pervertierten.

Für den homosexuellen Mann ist die Triebzielinversion ($S = + -$) und die Ichidealbildung der Frau ($Sch = 0 \pm, 0 +$), also der Wunsch, eine Frau zu sein, das Ausschlaggebende. Diese Bedingung fehlt zumeist bei dem analsadistischen homosexuellen Mann, der selten Frau sein will und bei dem die anale Aggression und der Sadismus oder der anale Masochismus die Hauptrolle in der Perversion spielt. Diese Männer sind oft auch heterosexuell, wobei sie die Frau anal in Besitz nehmen. Aus dieser Auffassung folgt, daß nur der passive, invertierte Mann homosexuell genannt werden darf (FERENCZI).

B. Die Homosexualität der Frau im Lichte des Experimentes

Im Experiment entpuppt sich die Homosexualität der Frau nicht so kraß wie die des Mannes. Vermutlich hängt dieser Umstand doch mit der Geschlechtskonstitution der Frau (FFMM oder FFMm) zusammen. Die Auffassung, daß die Frau im allgemeinen eher zu Bisexualität neigt als der Mann, wird auch im Experiment bestätigt. Die sogenannte Jugendhomosexualität drängt am Ende der Pubertät bei Mädchen zumeist stärker und auch öfters in den Vordergrund als bei Jungen. Auch der partielle «transvestitische» Wunsch wird bei den Frauen leichter und häufiger erfüllt als bei Männern. (Hosenträgende, reitende, rauchende Frauen usw.) Der Drang, im Geschlechtsakt gelegentlich auch die Inkubusrolle des Mannes zu spielen, ist bei der Frau eine fast ubiquitäre Erscheinung. Rassistische Momente können die Orientierung der Frau in der Richtung der Männlichkeit ebenfalls beeinflussen. Es gibt ein experimentelles Zeichen, das alle diese Tatsachen am besten ausdrückt, nämlich der Ichwechsel bei Frauen. Frauen im allgemeinen, insbesondere aber homosexuelle, liefern das Bild des Ichwechsels: $Scb = 00$, häufiger als Männer. Wir neigen zu der Deutung, daß in der Phase des Ichwechsels die Frau in der Tat ihr weibliches Ich mit dem männlichen austauscht oder umgekehrt. Die Ichreaktion $Scb = 00$ wird so für die Homosexualität der Frau pathognostisch, besonders wenn in der Reihe der Ichbilder vor oder nach dieser Reaktion sich das weibliche Ich $Scb = 0+$, $0\pm$ in das männliche $Scb = \pm 0$, $+0$ umwandelt.

Als Beispiel für diese Tatsache diene folgende Ichreihe des Falles Nr. 7, in dem wir die psychosexuellen Triebproportionen einer 34jährigen aktiv-männlichen, *homosexuellen* Fabrikfürsorgerin bestimmten.

$ScbI$	= $+0$	= männliches, alles in Besitz nehmendes Ich,
$ScbII$	= $0+$	= weibliches, ambitendentes Ich,
$ScbIII$	= $+0$	= das männliche Ich im Vordergrund,
$ScbIX$	= $0+$	= wieder das weibliche Ich im Vordergrund.

Im Fall 8, bei einer 25jährigen *bisexuellen* sozialen Fürsorgerin, finden wir in einer Zehnerserie alle drei Ichbilder:

$ScbIII$	= $0+$	= das weibliche Ich,
$ScbVI$	= ± 0	} das männliche Ich,
$ScbV, IX, X$	= $+0$	
$ScbI, II$	= 00	= Ichwechsel.

(Man muß natürlich schon Glück haben, um das Bild des Ichwechsels in einer Zehnerserie genau zwischen dem weiblichen und männlichen Ich zu bekommen. Die seelische Wirklichkeit erhellt aber auch aus den Fällen, in denen die drei Ichbilder unregelmäßig in einer Serie figurieren.)

Wir möchten auch bei der Frau nur im Falle einer ausgeprägten einpoligen Triebzielinversion ($S = -+, 0+$) mit Vorherrschen des männlichen Ichs ($Scb = \pm 0, +0$) von echter Homosexualität sprechen. Frauen dagegen, die ohne den Wunsch, ein Mann und *nur* ein Mann zu sein, lesbische Beziehungen knüpfen, sind nach den Ergebnissen einer gründlichen Triebanalyse eher masochistisch pervertiert als im Triebziel invertiert. Genau so wie beim Mann sprechen wir auch bei der Frau

- a) von *echter* Homosexualität mit Triebzielinversion und männlichem Ich und
- b) von *unechter*, *Pseudohomosexualität* mit sadomasochistischen Perversionen.

Die experimentelle Syndromatik der Homosexualität der Frau weist folgende Merkmale auf:

1. Die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten erfolgt in der Richtung einer männlichen diagonalen oder vertikalen Spaltung.

- Also: a) männliche Triebzielinversion =
 b) Kainreaktionen =
 c) männliches Ich =

Das Resultat ist demnach, daß die homosexuelle Frau - in klassischen Fällen - in den Vektoren S , P und Sch das polar

entgegengesetzte Profil liefert wie der homosexuelle Mann:

Nur im Kontaktbild gibt die homosexuelle Frau die nämliche Reaktion wie der homosexuelle Mann =

Testologisch:

$$\begin{array}{l}
 S = - + (0 +, \pm +) \\
 P = - + (\pm +, 0 +) \\
 Sch = \pm 0 (+ 0), \pm + \\
 \hline
 \begin{array}{cccc}
 S & P & Sch & C \\
 \hline
 - + & - + & \pm 0 & + + \\
 (-!) & & & \\
 = & \text{homosexuelle Frau} & & \\
 + - & + - & 0 \pm & + + \\
 = & \text{homosexueller Mann} & & \\
 C = & + + & &
 \end{array}
 \end{array}$$

2, 3. Variationen der Triebklasse mit den Triebformeln

a) $Sr+$ und $Sr-$ quadriäqual; (Mannweiber) =

b) $Sr-$; $Schk+$ -tri- oder -quadriäquale Klasse = (masochistisch-homosexuell)

c) $Sr-$; $Pe-$ -tri- oder -quadriäquale Klasse = (masochistisch-homosexuell)

d) $Sr+$; $Schp+$ -biäquale Klasse (Mannweiber)

e) $Sr+$; $Schp+$ -tri- oder -quadriäquale Klasse =

f) $Phy-$ -tri- oder -quadriäquale Klasse =

g) $Schk+$; $Cd+$ -biäquale Klasse =

h) $Cd+$; $Sr-$; $Schp-$ -triäquale Klasse (paranoide Homosexualität) =

i) $Pe+$; $Schle-$; $Cd+$ -triäquale Klasse (Bisexualität mit Sublimierungsdrang) =

Triebformel:

$$\frac{b\pm 0}{s+ (s-)} \quad \frac{p^0 k\pm d\pm 0 hy^0 \pm}{m+ e- (+)}$$

oder

$$\frac{b^{0(\pm)} p^0(\pm) e\pm m^0}{s- k+ hy- d+}$$

$$\frac{b^{0(\pm)}; hy\pm; p\pm m^0\pm}{s- e- k-(+) d+}$$

$$\frac{b^{0(\pm)}; k\pm}{s+ p+ m+ e-}$$

$$\frac{b^{0(\pm)} k\pm(0)}{s+ p+}$$

$$\frac{e^0; b\pm; p\pm m^0\pm}{hy- s+(-) k+ d+}$$

$$\frac{p^0(\pm); m^0 e^0(\pm)}{k+ d+}$$

$$\frac{m\pm; b^0(\pm); k^0(\pm)}{d+ s- p-}$$

$$\frac{hy\pm(0); p^0\pm m^0}{e+ k- d+}$$

4. Triebgefahren

a) Der Drang, jedes Objekt (Mann oder Frau) in Besitz zu nehmen; Allmachtsdrang =

$$\begin{array}{l}
 Sch = + 0 \\
 Sch = + 10
 \end{array}$$

b) Geltungsdrang =
 oder dessen Ambivalenz =

$$\begin{array}{l}
 hy = + ! \\
 hy = \pm
 \end{array}$$

c) Ewiges Suchen =

$$d = +!, +!!$$

d) Sadismus im Hintergrund =
 oder übermäßige Unterdrückung der männlichen Angriffslust =

$$\begin{array}{l}
 Vg: s = -!! \} \\
 Hg: s = +!! \}
 \end{array}$$

e) Unterdrückung der weiblichen Zärtlichkeit =
 oder deren Ambivalenz =

$$\begin{array}{l}
 b = -!! \\
 b = \pm
 \end{array}$$

5. Triebüberdruck in den Faktoren

$$\begin{aligned} s &= -!, +! \\ d &= +! \\ k &= +! \\ b &= +!, -! \end{aligned}$$

6. Faktorenverband

1	2	3	4	5	6
$+, -!!$	$+(\pm, -)$	$+(\pm)$	$0(+, \pm)$	$+(\pm 0)$	$+(\pm 0)$
s	b	k	p	d	m

In diesem Faktorenverband sehen wir das psychopathische Lustsyndrom wieder =

$$\begin{aligned} p &= 0(\pm, +) \\ d &= +(\pm, 0) \\ m &= +(\pm, 0) \end{aligned}$$

Zur Differentialdiagnostik dienen:

- a) das männliche Ich =
- b) die sexuelle Triebzielinversion =
- c) der Ichwechsel =

$$\begin{aligned} Sch &= \pm 0; + 0; \pm + \\ S &= - +, 0 + \\ S &= \pm + \\ Sch &= + 0, \pm 0 \\ Sch &= 0 0 \\ Sch &= 0 +, 0 \pm \end{aligned}$$

7. Besondere Ichabwehr

- a) totale Introjektion =
 - b) Zwangsmechanismus =
 - c) Desintegration =
- Außerdem: Hemmung und Verdrängung =

$$\begin{aligned} Sch &= + 0 \\ Sch &= \pm 0 \\ Sch &= 0 0 \\ Sch &= - +, - 0 \end{aligned}$$

8. Besondere Kontaktreaktionen

- a) biobjektive Bindung =
- b) Unitendenz im Suchen =
- c) Untreue =
- d) Kontakt-Ambitendenz =

$$\begin{aligned} C &= + + \\ C &= +! 0 \\ C &= +! - \\ C &= + \pm \\ C &= \pm + \end{aligned}$$

9. Besondere Sexualreaktionen

- a) Triebzielinversion =
- b) Unterdrückung des Sadismus =
- c) Ambivalenz der Weiblichkeit =
- d) Isolierung der Männlichkeit =

$$\begin{aligned} S &= - +, - \pm \\ S &= - -!! \\ S &= + -!! \\ S &= 0 -!! \\ S &= \pm + \\ S &= \pm - \\ S &= \pm 0 \\ S &= - 0 \end{aligned}$$

10. Besondere Affektreaktionen

- a) Geltungsdrang =
- b) Ambivalenz des Geltungsdranges mit Jammern =
- c) der versteckte Kain =
oder der reine Kain =
- d) panische Triebangst =

$$\begin{aligned} P &= 0 + \\ P &= 0 \pm \\ P &= - \pm \\ P &= - + \\ P &= - - \end{aligned}$$

11. Psychosexuelle Triebproportionen

$$\frac{\text{Dur}}{\text{Moll}} = \frac{3,4, \dots}{1}$$

Zusammenfassung: Auf Grund der experimentellen Triebanalyse müssen wir von der Triebpsychologie der Homosexualität folgendes behaupten:

1. Die Homosexualität beruht auf einer besonderen Spaltungsanlage der Triebgegensätzlichkeiten, bei dem *Mann* auf der *weiblichen*, bei der *Frau* auf der *männlichen* diagonalen Spaltungsart der Gegensätzlichkeiten.

2. Diese Art der Spaltung ist bei dem *Mann* ähnlich der bei den Paranoiden, mit dem ausschlaggebenden Unterschied aber, daß der homosexuelle Mann die vordergründige Weiblichkeit als Ichideal in sein Ich einzubauen vermag, wogegen der Paranoide dazu unfähig ist.

Die Spaltungsart bei der homosexuellen *Frau* ist ähnlich der bei dem ödipalen perversierten Lustsadisten mit dem Unterschied, daß sie die Lustansprüche einverleibt. So wird sie in ihrem Charakter narzißtisch-autistisch oder ein Zwangsmensch.

3. Echt ist die Homosexualität, wenn der Mann im sexuellen Akt wie auch im Ich eine Frau sein will; bzw. die Frau ein Mann sein möchte. Alle Homosexuellen, bei denen entweder die Triebzielinversion oder die Ichinversion fehlt, sind Pseudohomosexuelle und zumeist Pervertierte. Die gleichgeschlechtliche Beziehung allein genügt noch nicht, eine Person *triebpsychologisch* dem Wesen nach für homosexuell zu erachten. Nur eine genaue Triebanalyse mit Hilfe des Triebtestes oder der Psychoanalyse erlaubt uns, die Frage der Echtheit zu entscheiden.

4. Da das Ich durch die Identifizierung als eine der wichtigsten Instanzen in der Entstehung und Erhaltung der Homosexualität fungiert, muß man neben den Anlagefaktoren auch den äußeren Momenten eine gewichtige Rolle einräumen. Darum kann man unter Umständen durch eine *Ichanalyse*, durch Förderung neuer Identifizierungen tiefenpsychologisch die Homosexualität in die Richtung der Heterosexualität umdrehen. Eine Behandlung kommt aber nur in den Fällen in Frage, bei denen die Person die konträre Geschlechtlichkeit – trotz Ausübung – loswerden will.

*

Kasuistik: Mit der besonderen Schicksalsart der Homosexuellen haben wir uns in der «Schicksalsanalyse¹» ausführlich beschäftigt. Ebendort haben wir die Beziehungen der Homosexualität zum Paranoiden, Selbstmord und zu andersartigen Erberkrankungen betont².

Hier bleibt uns nun die Aufgabe, diejenigen zwei Fälle (5 und 7), bei denen wir im zweiten Teil dieser Arbeit die psychosexuellen Triebproportionen festgestellt haben, mit der Syndromanalyse zu ergänzen.

Syndromanalyse des Falles Nr. 5 (vgl. hierzu Abb. 19)

Der 35jährige Schneidergeselle muß auf Grund nachstehender Reaktionen für einen *echten, passiv homosexuellen* Mann erachtet werden.

1. *Weibliche, diagonale Spaltung* der Triebgegensätzlichkeiten mit dem reinen weiblichen Ich =
Profile 2 und 3 =

<i>Testologisch:</i>					
<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>	
+	—	0	—	0	±
0	—1	+	—	0	±

2. *Triebklasse* =

Phy— fast triäqual

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. 2. Aufl. S. 210 ff.

² Ebenda S. 204 ff.

3. *Triebformel* =

$$\frac{e_8^0}{\begin{array}{ccccc} p_4^- & m_4^+ & k_3^- & b_2^+ & s_2^- \\ \hline by_0^- & d_0^+ & & & \end{array}}$$

4. *Triebüberdruck* in den Faktoren =

$$\begin{array}{l} d = +! (4) \\ s = -! (2) \\ b = +! (1) \end{array}$$

5. *Spezieller Faktorenverband* der Homosexualität:
in den Profilen 2, 3, 4 =

$$\begin{array}{ccccc} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 \\ \hline - & - & \pm & + & + (\pm 0) \\ s & by & p & d & m \end{array}$$

6. *Besondere homosexuelle Merkmale:*

a) *Triebzielinversion*. Profile 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 =

$$\begin{array}{l} S = + - \\ \quad +! - \\ \quad + -! \\ \quad 0 -! \end{array}$$

b) *das weibliche Ich*. Profile 2, 3 =

$$Sch = 0 \pm$$

c) *biobjektive Bindung* =
Profile 2, 5, 7, 8, 9, 10 =

$$\begin{array}{l} C = + + \\ C = +! + \end{array}$$

Testologisch ist der Fall ein Prototyp der männlichen Homosexualität.

Fall 7. Syndromanalyse einer 34jährigen Fabrikfürsorgerin
Aktive, männliche Homosexualität (Abb. 21)

1. *Triebklasse*: triäqual =

$$\frac{Phy^+, Schk^+, Cd^+}{\begin{array}{ccc} 6 & 5 & 4 \end{array}}$$

2. *Triebformel* =

$$\frac{\begin{array}{cc} p_8^0 & e_6^0 \\ \hline k_3^+ & m_4^- \end{array}}{\begin{array}{cccc} s_1^{-!!} & b_0^{-!!} & by^{+!} & d^{+!} \end{array}}$$

3. *Triebüberdruck* in den Faktoren =

$$\begin{array}{l} b = -! (\Sigma 12) \\ s = -! (\Sigma 5) \\ d = +! (\Sigma 5) \\ by = +! (\Sigma 1) \end{array}$$

4. *Homosexueller Faktorenverband* =

$$\begin{array}{ccccc} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 \\ \hline -!! & + & + & + & 0 \\ s & by & k & d & m \end{array}$$

5. *Besondere Ichreaktionen:*

a) *das männliche Ich*. Profile 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10 =

$$Sch = + 0$$

b) *Ichwechsel*. Profil 6 =

$$Sch = 0 0$$

c) *Austausch mit dem weiblichen Ich*. Profile 2, 9 =

$$Sch = 0 +$$

6. *Unterdrückung der Männlichkeit* =
und der Weiblichkeit; Profile 3, 4, 6, 8 =

$$\begin{array}{l} s = -!! \\ b = -!! \end{array}$$

7. *Ewiges Suchen* (in allen 10 Profilen) =

$$d = + \text{ oder } +!!$$

Differentialdiagnose zur Depression

Auf Grund der Symptome $d = +$, $k = +$, $s = -$ könnte man auch an eine zirkuläre Depression denken. Gegen diese Erberkrankung und für eine Homosexualität sprechen:

1. die führende Triebklasse bei Depression =
hier =

$$\begin{array}{l} Cd^+ \\ Phy^+, Schk^+ \end{array}$$

2. Die führende Ichabwehr bei Depression =
hier =

$$\begin{array}{l} Sch = + - \\ Sch = + 0 \end{array}$$

3. Die psychosexuellen Triebproportionen =

$$\frac{\text{Dur}}{\text{Moll}} = \frac{3}{1}$$

Zum Schluß fassen wir in der Tabelle 49 die klassischen Triebprofile der Homosexuellen zusammen:

Tabelle 49. Klassische Triebprofile bei Homosexuellen

Passiver homosexueller Mann					Aktive homosexuelle Frau				
Variation	S	P	Sch	C	Variation	S	P	Sch	C
1	+ —	+ —	0 ±	+ +	1	— +	— +	± 0	+ +
2	+ —!	0 —	0 ±	+!+	2	— +	— 0	± 0	0 0
3	+ —	0 —	— ±	+ ±	3	± +	± 0	± 0	+ +
4	+ —	0 —	— ±	+ +	4	± +	+ ±	0 0	— 0
5	0 ±	0 —	— ±	+ +	5	± +	0 —	0 0	+ ±
6	0 —!!	0 ±	0 ±	+ +	6	± +	— +	+!0	± ±
7	± —!!	0 ±	0 ±	+ 0	7	—!—!	— +	+ —	+ ±
8	+ —	0 ±	0 ±	+ +	8	—!—!	± +	+!+	0 0
9	— —!!	0 —	0 ±	+!+	9	± ±	— +	0 +	0 +
10	± —!	+ 0	0 ±	0 +!	10	— ±	± +	+!0	— 0
11	± ±	0 —	0 ±	0 0	11	+ 0	+ ±	± —!	0 0
12	± ±	0 0	0 +!	0 0	12	— 0	— +	+ —	+ +
13	± —!	+ —	0 +!	0 0	13	— —!	± —	0 0	+ +
14	+ ±	— —	0 +!	0 +	14	± —!	0 ±	± 0	+ 0

B. Die Kontaktpsyopathien

I. Zur Triebpsychologie der Sucht und Haltlosigkeit

Vom Standpunkt der Triebpsychologie aus *ist Sucht eine permanente Prothese für die veruntreute Mutter, für die verlorene Dualunion.*

Das Suchtmittel, sei es Alkohol oder Gift, Sexual- oder Wertobjekt oder irgend etwas anderes, das man haschend zu genießen oder raffend zu sammeln vermag, sei es Macht oder Ehre, Rache oder Gerechtigkeit, all das ist immer nur ein tragisches Surrogat, eine gemachte Noteinsetzung anstelle des verlorenen Dualpartners, der Mutter.

Der Süchtige ist ein Mensch, dessen seelische Abnormalität sich darin manifestiert, daß er *keine Unterbrechung* in der Verbindung und Berührung mit dem Dualpartner oder dessen Ersatzobjekten erträgt. Der Kontakt mit dem Suchtobjekt darf nie unterbrochen werden. *Das Bedürfnis, mit dem Ersatzdualobjekt ohne Pause, ununterbrochen in Verbindung zu sein, macht das Wesen aller Sucht aus.* Was in einer jeden Sucht den Zwangscharakter trägt, ist das *Nicht-aufhören-Können*; man ist gezwungen, die gleiche süchtige Handlung stets zu wiederholen, da jede Unterbrechung in der Dauerverbindung mit dem Suchtobjekt eine seelische Qual verursacht, die für den Süchtigen unerträglich ist.

Süchtige sind demnach Psychopathen des Kontakttriebes. Sie erkranken an der Verbindung, an der Dualunion mit der Mutter.

Das Wort «Kontakt» bedeutet im allgemeinen Sprachgebrauch so viel wie: Verbindung, Berührung, das Schließen eines Stromkreises. Im Triebsystem der Sch.-A. faßt der Kontakttrieb diejenigen vier Elementarfunktionen zusammen, die das Lebewesen dazu antreiben, mit

den Objekten der Umwelt (Personen und Dingen) in Verbindung, in Berührung zu treten. Dieser Kontakttrieb zwingt die Person, sich an Objekte der Umwelt zu binden, sich anzuklammern, *danach zu streben, von diesen Objekten auf- und angenommen zu werden*, die Objekte der Welt mit einem besonderen Wertmaßstab zu messen und mit Hilfe dieses Wertmaßes auf die Suche nach neuen Objekten zu gehen, Wertobjekte zu sammeln, an ihnen zu kleben oder sich von ihnen loszureißen. *Der Kontakttrieb bedingt also die Bindung an die Welt der Objekte*. Die vier Elementarstrebungen des Kontakttriebes sind:

- | | |
|---|---------|
| 1. die Anklammerungstendenz, der Drang, vom Dualpartner angenommen zu werden = | $m = +$ |
| 2. die Abtrennungstendenz, der Drang, frei zu sein = | $m = -$ |
| 3. die Beharrungstendenz, die Tendenz, am Alten zu kleben = | $d = -$ |
| 4. auf die Suche zu gehen nach neuen Objekten und sich zu verändern, Veränderungsstendenz = | $d = +$ |

Kontakt als Bindung an die Welt schafft demnach eine triebpsychologische Situation, in der zumeist zwei Personen eine Rolle spielen. Die eine ist das Subjekt, das sich an jemanden bindet, die andere das Objekt, an das sich das Subjekt zu binden versucht. Somit handelt es sich bei der Objektbindung einerseits um mich: Ich habe das Bedürfnis, mich an jemanden zu binden; andererseits um dich, an den ich mich binde. Kontakt ist also eine Erscheinung, die im Grunde das Verhältnis zwischen *Ich und Du* bedingt und meine Haltung regelt.

Wenn wir das Schicksal des Einzelnen von der Geburt bis zum Tode überblicken, müssen wir mit Staunen sehen, daß sich das ganze Leben des Einzelnen eigentlich aus einer Reihe von derartigen «Ich-und-Du»-Verbindungen zusammensetzt. Aus ihren Wandlungen läßt sich das Schicksal des Menschen filmartig ablesen. Der Entwicklungsgang dieser Verbindungen, ihre sonnigen und schattigen Perioden, die Krisen in diesen Dualunionen bestimmen die Geschichte der Beziehungen zwischen *Ich und Welt*. Im Augenblick der Zeit gibt es jeweilig nur ein führendes «Ich-Du»-Verhältnis, das die aktuelle Beziehung des Einzelnen zur Welt darstellt. So wird die Gesamtbeziehung des Menschen zur Welt im Laufe der Zeit durch das Nacheinander dieser «Ich-und-Du»-Beziehungen dargestellt¹.

Dieses «Du» ist meistens eine Person. Es kann aber durch ein Ding, durch ein reales, äußeres Wertobjekt, ein materielles Interesse oder sogar durch einen geistigen Wert repräsentiert werden, so z. B. durch eine religiöse, ökonomische, politische, wissenschaftliche, künstlerische oder anderweitige Idee. Doch müssen wir betonen: es ist immer ein persönliches Du, durch das sich das Ich auf dem Wege der Identifizierung an eine Idee zu binden vermag. Gäbe es im Leben des Einzelnen kein solches persönliches Ich-Du-Verhältnis, so gäbe es auch keine religiösen, sozialen, wissenschaftlichen, künstlerischen oder andersartigen Gemeinschaften.

Die Erscheinung, die wir Kontakt nennen, ist also eine viel verwickeltere und umfassendere, als man beim ersten Hören glauben würde. Sie impliziert das Verhältnis des Ichs zur ganzen realen und idealen Welt. Hier drängen sich folgende Fragen über das Verhältnis von Ich und Du auf:

Welche Triebkraft drängt mich dazu, daß ich mich an dich binde? Welche Triebkraft ist in dir wirksam, daß du mich anziehst und nicht von dir läßt? Warum bist *du* es gerade, und nicht etwa sie oder er, der mich anzieht? Wie kommt es, daß ich mich von dir, der du mich Jahre hindurch angezogen hast, plötzlich löse und mich auf die Suche nach einem neuen Objekt begeben? Warum kommen an deine Stelle gerade er oder sie und nicht ein anderer?

Auf diese Fragen versuchten wir im ersten Buch der «Schicksalsanalyse» eingehend zu antworten. Hier wollen wir die Mannigfaltigkeit dieser Fragen triebpsychologisch nochmals ordnen.

Nach FREUD sucht sich jeder Trieb dasjenige Objekt, an dem er seinen Anspruch zu befriedigen vermag. Nach seiner Auffassung ist es schon im Begriffe des Triebes enthalten, daß er ein Objekt habe. Kein Trieb kann ohne Objekt vorgestellt werden. Das Objekt ist ein «Termin» des Triebes. All dem mag so sein. Doch müssen wir uns fragen: Darf man aus der Tatsache, daß jeder Trieb ein Objekt zu seiner Wunschbefriedigung haben muß, schlechthin den Schluß ziehen, daß das Bedürfnis des Objektsuchens und der Objektbindung bei jedem Trieb mit dem spezifischen Triebanspruch zusammenfällt? Auf diese Frage lassen sich zweierlei Antworten geben.

¹ Vgl. hierzu: BUBER, M.: Dialogisches Leben. Gregor Müller, Zürich 1947 S. 13 (Ich und Du).

Entweder behauptet man, daß jedem Trieb außer dem spezifischen Anspruch auch das Bedürfnis des Objektsuchens und der Objektbindung innewohnt. Soweit wir es der Literatur entnehmen können, stellt sich die Psychoanalyse auf diesen einfacheren Standpunkt.

Oder aber stellen wir uns auf den Standpunkt, nach dem *jedem Lebewesen besondere Triebkräfte zur Verfügung stehen, deren spezifische Bestimmung es ist, Objekte zu suchen und die Bindung des Individuums an ein Objekt zu besorgen, damit es irgendeinen Triebanspruch an diesem Objekt befriedigen könne*. Wir halten natürlich die zweite Annahme für richtig.

Die Triblehre der Sch.-A. behauptet: Es gibt besondere Triebbedürfnisse, die von spezifischen Urquellen herrühren. Ein solches Bedürfnis ist z. B. das sexuelle. Dieses schöpft seine Triebenergie aus den spezifischen Quellen der F- und M-Anlagen, die hinter den experimentell aufzeigbaren Faktoren b und s stecken. Außerdem leben in uns Bedürfnisse, unsere Affektenergien aufzustauen und sie plötzlich und überraschend zu entladen. Die Kraft dieser Triebansprüche kommt, wie wir es annehmen, von Anlagen, die im Experiment von den Faktoren e und hy aufgezeigt werden. Auch darauf haben wir bereits hingewiesen, daß es spezifische «Ichtriebe» gibt. Erstens: egodiasstolische Triebkräfte, die vorerst das Ich schaffen und dann erweitern und die hinter dem experimentell aufgezeigten Faktor p stecken. Zweitens: die einengende, egosystolische Triebkraft, die die Grenzen des Ichs abschließt, die Stellungnahme zu den Triebansprüchen sichert, also das Bedürfnis, das hinter dem experimentellen Faktor k steckt.

Die Triebkräfte, die in den Triebvektoren S, P und Sch wirksam sind, bestimmen aber nur die Triebenergien sowie deren spezielle Erscheinungsform. Das Suchen des Objektes, an dem diese Triebansprüche Befriedigung finden, die bindende Anklammerung an dasselbe, die sichernde Erhaltung desselben sind jedoch triebhafte Handlungen, die nicht den oben aufgezählten Triebkräften obliegen. Außer diesen drei Triebgegensatzpaaren mußte die experimentelle Triblehre noch ein viertes Gegensatzpaar annehmen, nämlich das Faktorenpaar des Kontakttriebes d und m , die zusammen den Vektor C bilden. Unsere bisherigen Ergebnisse haben es nahegelegt, daß der Faktor d ein Bedürfnis sichtbar macht, das das Suchen nach Objekten in der Außenwelt bedingt. Im allgemeinen handelt es sich hier um einen Triebanspruch, der auf ein Außenweltobjekt abzielt, ein Außenweltobjekt sucht und sich daran bindet. Der Faktor m enthüllt das Bedürfnis der Anklammerung an das Objekt, den Wunsch, von dem Objekt angenommen zu werden, die dauernde Sicherung der Objektbindung. Denn jedes erworbene Objekt dient dazu, irgendeinem Triebanspruch Befriedigung zu gewähren.

Das Objektsuchen, der Anspruch d , und die Anklammerung an das Objekt, der Anspruch m , sind also selbständige Urbedürfnisse aller Lebewesen, deren gemeinsames Produkt die Bindung an das Objekt, d. h. die Berührung und die Verbindung, kurz der *Kontakt mit der Welt* ist.

Diese Theorie des Kontakttriebes haben wir auf Grund der eigenen Versuchsergebnisse an manisch-depressiven Kranken entwickelt. Erst später suchten wir unsere Erfahrungen mit der Theorie I. HERMANN'S über das Triebgegensatzpaar «Auf-Suche-Gehen» und «Sich-Anklammern» in Zusammenhang zu bringen¹. Wir behaupten, daß die Existenz dieses Gegensatzpaares eine Elementarbedingung dafür sei, daß irgendein Triebbedürfnis überhaupt eine Befriedigung finde. Wäre ein Triebanspruch, der nach dem Suchen eines äußeren Gegenstandes und nach der Anklammerung an denselben drängt, im Menschen und Tier nicht vorhanden, so würden alle anderen Triebansprüche objektlos, d. h. unbefriedigt bleiben. Das ist die Ursache, warum wir einen vierten Triebkreis in unserem Triebssystem aufgestellt haben, den Triebkreis des Kontakttriebes.

Über die Beziehung dieses Kontakttriebkreises zu dem manisch-depressiven Irresein haben wir bereits ausführlich berichtet (Kapitel VIII). Um die Beziehung der Sucht zum Kontakttrieb zu verstehen, müssen wir aber noch folgende Frage beantworten:

In welchem Zusammenhang stehen die spezifischen Triebfaktoren der Objektbindung d und m zu den übrigen Triebfaktoren?

Die allgemeine Antwort auf diese Frage ist die folgende:

Die von den Faktoren b , s , e und hy repräsentierten Triebbedürfnisse können sich nur mit den Bedürfnissen d und m zusammen befriedigen. In anderen Worten: Es gibt eine $b-d-m$ -, $s-d-m$ -, $e-d-m$ - und $hy-d-m$ -Triebkopplung, die unter normalen triebpsychologischen Verhältnissen die Erscheinungen der weiblichen Zärtlichkeit, der männlichen Gewalttätigkeit (der Aggression), der Wutauftauung und des Selbstziegens zusammen bedingen. Die angeführten

¹ HERMANN, I.: Sich-Anklammern – Auf-Suche-Gehen. Int. Ztschr. f. Ps.-A., XXII, 1936.

spezifischen Triebansprüche können sich also nur durch die anteponierte oder gleichzeitige Mobilisierung der Bedürfnisse *d* und *m* befriedigen. Dies können wir leicht verstehen.

Nicht so einfach ist aber die Einsicht in die Verbindung der unbewußten Ichtriebe mit den Faktoren des Kontakttriebes.

Es wurde erörtert, daß das Bedürfnis *p*, die Egodiastole, durch die Bewußtmachung der Triebansprüche das Ich zu schaffen und zu erweitern vermag. Das Bedürfnis *k* bestimmt, daß das Ich vor einer in die Irre führenden Erweiterung geschützt bleibt, d. h. vor der extremen seelischen Inflation, indem es die Ichweiterung bremst und die Grenzen des Wunschbewußtseins abschließt. Aus dieser Beschreibung ist die Rolle der Objektbindung in der Befriedigung der Ichbedürfnisse noch nicht ersichtlich. Sie tritt jedoch klar hervor, sobald wir die Frage vom Gesichtspunkt der *Projektion* und *Introjektion* aus betrachten.

Bei der Besprechung der Ichtriebe haben wir bereits gesehen, daß die Projektion die primäre und wichtigste Manifestation der Ichfunktion *p* ist. (Näheres Band II, Projektion.) *Unter Projektion verstehen wir den Vorgang, durch den man einen Triebanspruch – z. B. das Streben nach Allmacht – dem Subjekt entfremdet, indem man das Triebbedürfnis auf ein äußeres Objekt hinausverlegt.* Die Person behauptet, dieses Außenobjekt sei «allmächtig». Offenbar muß man zur Projektion zunächst ein Objekt suchen und finden, auf das das verleugnete Stück des eigenen Subjekts dann projiziert wird. Die Tiefenpsychologie hat nun nachgewiesen, daß es sich immer um ein Außenweltobjekt handelt, an das das Individuum früher einmal längere Zeit hindurch stark gebunden war.

Ähnlich verhält es sich bei der *Introjektion*. Die Introjektion ist eine wichtige Erscheinungsform der egosystemischen Ichfunktion *k*. *Unter Introjektion versteht die Tiefenpsychologie den Vorgang, bei dem jemand ein äußeres Objekt – an das er lange gebunden war und von dem er aus eigener Kraft oder durch äußere Gewalt abgelöst wurde – mit den Eigenschaften dieses verlorenen oder verlassenem Objektes seinem eigenen Ich einverleibt*^{1, 2}. Denken wir nun an die Beispiele FREUDS, an die Melancholie und die Herausbildung des Über-Ichs. Durch Introjektion kommen die moralischen Normen und im allgemeinen die Ehre der Traditionen zustande. Das Individuum stellt dem verlorenen oder spontan verlassenen Objekt förmlich ein Denk- und Grabmal in seinem Ich auf. An die Wand dieser Krypta zeichnet es die Eigenschaften des verlorenen oder verlassenen Objektes auf. Diese Aufzeichnungen dienen dem Individuum in der Zukunft als Vorbild und Maßstab für die Beurteilung der weltlichen und eigenen Werte. Wir nennen diesen Vorgang *Objekt- oder Besitz-Idealbildung*, die bedingt, was für Objekte die Person in der Zukunft *haben, besitzen* möchte.

Hieraus ist es klar, daß dem Prozeß der Introjektion eine Krise in der Objektbindung vorausgehen muß. Solche Krisen sind: die Entwöhnung von der Mutter, die Abtrennung von den Eltern, Ammen, Lehrern, Erziehern, der Verlust von Geliebten und Freunden, der Mißerfolg einer Idee, der Verlust weltlicher Werte usf. Hätte vorher keine Objektbindung stattgefunden, so hätte auch keine Krise derselben entstehen können. Und wenn diese Krise ausgeblieben wäre, so wäre naturgemäß auch die Introjektion gegenstandslos gewesen.

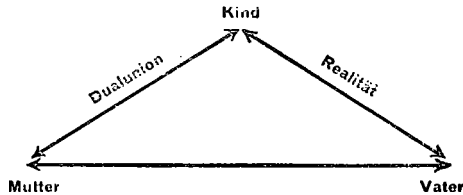
Die Verbindung von «Ich und Objekt» ist also tatsächlich keine einfache. Drei Momente haben wir in ihr auseinanderzuhalten: 1. die Mobilisierung des spezifischen Triebanspruches; 2. die Aktivierung des Dranges nach Objektsuche und Objektsicherung durch Anklammerung und endlich 3. die Wahl des spezifischen Objektes. Unter physiologischen Verhältnissen fließen diese drei Teilmomente so innig zusammen, daß sie nur durch besondere Eingriffe, eben durch das Triebexperiment, getrennt werden können. Die Triebpathologie hat als erste darauf aufmerksam gemacht, daß neben gesunden Triebansprüchen ein Defekt im Objektsuchen und im Sich-Anklammern an das Objekt bestehen kann. Wir konnten experimentell und durch tiefenpsychologische Analyse beweisen, daß *das manisch-depressive Irresein: die psychotische, die Sucht und Haltlosigkeit: die psychopathische Form des Kontakttriebes darstellen.*

Aus diesen Erörterungen geht hervor, daß *das Verhältnis «Ich und Du» in letzter Linie ein Streben nach Ergänzung, nach doppelter Einheit involviert.* Nach

¹ FERENCZI, S.: Introjektion und Übertragung. Jahrbuch f. Ps.-A. u. Ps.-Path. Forschungen, Bd. 1. (Deuticke, Leipzig-Wien 1910.)

² GRABER, H.: Die zweierlei Mechanismen der Identifizierungen. Imago XXIII, Heft 1.

I. HERMANN nennen wir diese Einheit *Dualeinheit* oder *Dualunion*¹. Die erste Dualunion im Leben des Menschen ist die *Einheit von Mutter und Kind*. Als Modell wirkt diese erste Dualunion lebenslang weiter. Hieraus entwickelt sich die doppelte Union, und zwar die Einheit von Mutter und Kind und die von Vater und Kind. Diese ist die Urform der Verbindung mit der Realität. Denn das erste Realitätsobjekt ist der Vater. Er stört die Union mit der Mutter und wird gehaßt. Symbolisch läßt sich diese doppelte Dualunion durch das folgende Schicksalsdreieck darstellen:



Diese Dualunion von Eltern und Kind ist eigentlich eine dreifache, denn neben dem Dual zwischen Eltern und Kind besteht auch das zwischen Vater und Mutter. Dieses Schicksalsdreieck bildet die Grundlage jeglicher familiären, freundschaftlichen, sozialen und anderweitigen menschlichen Konglomeration².

Das Suchen nach dem Objekt und das Sich-Anklammern an das Objekt sind nach HERMANN Triebbedürfnisse, die ein selbständiges Triebgegensatzpaar bilden, über dessen Ursprung folgendes zu verzeichnen ist:

Für das Säuglingsalter hält FREUD³ den Zustand des Urnarzißmus für charakteristisch. Das erste Objekt der Libido ist nach ihm das Ich, der Körper des Säuglings selbst oder die erogenen Zonen desselben. Die Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes wurden von FERENCZI⁴ ebenfalls auf den Gedanken des Urnarzißmus aufgebaut. A. STÄRCKE (1921)⁵ nimmt eine «Säugling-Brustwarzen-Einheit» an. Er geht davon aus, daß der Säugling noch keine gesonderte Außenwelt besitzt, sondern daß eine untrennbare Einheit zwischen Ich und Nicht-Ich besteht. Hieraus folgt, daß er die Mutterbrust, mit der er sich beim Saugen vereinigt, nicht als einen Außenweltgegenstand, sondern als ein Stück des eigenen Leibes und Ichs empfindet. Als ihm die Mutterbrust genommen wird, erlebt er diesen Verlust als Kastration. So wird das mit der Entwöhnung einhergehende Kastrationsgefühl in psychoanalytischer Einstellung die Ursache der Angst und im allgemeinen der Neurosen.

In neuem Lichte wird diese Auffassung durch die Theorie HERMANNs dargestellt, deren Grundbegriffe einerseits die *Dualeinheit* zwischen Mutter und Kind, andererseits der *Urtrieb des Sich-Anklammerns*, der diese Einheit hervorbringt, sind. HERMANN hat aus den Gebieten der Phylogenese, Ontogenese, Psychologie und Kulturgeschichte Beweise dafür gesammelt, daß das Streben nach der Dualunion mit der Mutter sowie der Trieb, sich anzuklammern, jedem Menschen urtümlich triebhaft eigen sind⁶⁻⁹.

Das Affenjunge verbringt die ersten Monate seines extrauterinen Lebens ständig am Leibe der Mutter, an den es sich mit beiden Händen und Füßen anklammert. «Das Anklammern

¹ HERMANN, I.: Erscheinungen der Handerotik im Säuglingsalter, ihr Ursprung (Anklammern an die Mutter) und ihr Zusammenhang mit der Oralerotik. Vortrag. 1929. Int. Ztschr. f. Ps.-A., 1926. – Derselbe: Sich-Anklammern – Auf-Suche-Gehen. Int. Ztschr. f. Ps.-A. XXII, 1936. – Derselbe: Studien zur Denkpsychologie. Acta Psychologica V, 2/3, 1940.

² HERMANN, I., nennt diese Erscheinung «Kollektivschema».

³ FREUD, S.: Zur Einführung des Narzißmus. Ges. Schr., Bd. VI, S. 153.

⁴ FERENCZI, S.: Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. Contrib. to Psa., 1916.

⁵ STÄRCKE, A.: Der Kastrationskomplex. Int. Ztschr. f. Ps.-A., Bd. XVII, 1921.

⁶ HERMANN, I.: Zur Psychologie der Schimpansen. Int. Ztschr. f. Ps.-A., Bd. IX, 1923.

⁷ HERMANN, I.: Modelle zu den Ödipus- und Kastrationskomplexen bei Affen. Imago, Bd. XII, 1926.

⁸ HERMANN, I.: Zum Triebleben der Primaten. Imago, Bd. XI, 1933.

⁹ HERMANN, I.: Psychoanalyse und Logik. Int. Ps.-A.-Verlag, 1924.

selbst,» sagt HERMANN, «wäre die Funktion von zweimal zwei Organen (Händen und Füßen), von welchen ein Paar (die Füße) bereits im ersten Lebensjahr sein Ersatzobjekt in der Muttererde findet. Bei den primitiven Völkern besteht noch heute die Tendenz, das Kind möglichst den ganzen Tag lang und mehrere Jahre hindurch mittels Bändern, Kleidungsstücken am mütterlichen Körper festzuhalten. Die Grundlage des Dualschrittes wäre also vom Standpunkt der Befriedigungswirkung das gewaltsame Aufheben dieser individuellen Doppelexistenz (vor der Geburt besteht kein Individualverhältnis zwischen Mutter und Frucht, die Mutter ist dort nur ‚Außenwelt‘ der Frucht, oder sie ist ein ‚Körperteil‘ der Frucht). Dieses allgemein menschliche Schicksal wäre wenn auch keine Kastration im wahren Sinne, so doch ein Kastrationsmodell.» Die Schlafstellung des Affenjungen nach dem Säugen verrät das Bedürfnis nach Anklammern. Nach HERMANN wird das menschliche Kind zu früh aus dem Urzustand der Dualunion mit der Mutter herausgerissen. *Das Anklammerungsbedürfnis bleibt aber auch nach der Auflösung der Dualunion bestehen, und das Kind sehnt sich in den Urzustand zurück.* Diese Sehnsucht kommt nach dem Autor durch mehrere Zeichen zum Vorschein. Die Schlafstellung des Säuglings entspricht der Anklammerungsstellung, die aus der Dualunion zurückgeblieben ist. Viele Kinder haben den Wunsch, daß vor dem Einschlafen die Mutter, viele Kranken, daß vor einer Operation oder Geburt der Arzt ihre Hände hält, eine Tatsache, die nach HERMANN gleichfalls ein Überbleibsel des ursprünglichen Anklammerungstriebes darstellen soll. Die klinische Erfahrung hat HERMANN jedoch darauf aufmerksam gemacht, daß in manchen Fällen, in denen das Anklammerungsbedürfnis mit besonderer Intensität in den Vordergrund des Trieblebens rückt, noch eine andere, polar entgegengesetzte Triebbestrebung erscheinen kann: *sich freizumachen, abzutrennen, abzulösen.* Hieraus leitet HERMANN das Bedürfnis des ständigen Suchens nach neuen Objekten ab, an welche sich das Individuum immer wieder anklammern kann. Diese Beobachtungen haben HERMANN veranlaßt, ein Gegensatzpaar von Ur Tendenzen anzunehmen: das Sich-Anklammern und das Auf-Suche-Gehen. Aus dem Bedürfnis des Suchens leitet er das Versteckspiel der Kleinkinder ab, die Wanderlust größerer Kinder und Erwachsener, in pathologischen Fällen sogar die Poromanie. Das Anklammerungsbedürfnis scheint in engem Zusammenhang zu sein mit dem Bedürfnis des Quälens (+ s) und dem Machtstreben (+ p). Der Suchtrieb dagegen zeigt eine Beziehung zu dem Gegenteil, dem masochistischen Bedürfnis. HERMANN entwickelt die Vorstellung, daß der Prozeß des Sich-Abtrennens von der Mutter ein Vorstadium des Narzißmus und Masochismus sei. Geschichte die Ablösung gewaltsam, so geht der Zustand in «gesunden» Narzißmus über (FEDERN). Aus der Beziehung zwischen Ablösungsvorgang und Masochismus können nach HERMANN die Neigungen zur Selbstverstümmelung einzelner Kinder erklärt werden, z. B. Nageln der Nägel, Abbeißen der Nagelbithaut, das geradezu wollüstige Abreißen von Wundschorf, Wundkratzern der Haut usw.

Der Wunsch, in einer Mutter-Kind-Dualunion zu leben, ist demnach ein allmenschlicher, ewiger Anspruch. Der Anspruch aber, ohne Pause, ohne Unterbrechung mit dem Dualpartner in Berührung zu stehen, ist krankhaft.

Zum Schicksal des Menschen gehört eben auch die Einsicht in die Notwendigkeit, die erste Dualunion mit der Mutter aufzugeben, sich abzutrennen und auf die Suche zu gehen nach einem zweiten, dritten und weiteren Dualpartner. Diese Einsicht in die Notwendigkeit heißt Freiheit (HEGEL). *Der Quell dieses dualunionistischen Anspruches ist unserem Dafürhalten nach der Ergänzungsdrang, der Ichfaktor p (+ p),* der sowohl bei Perversen wie bei Süchtigen eine extrem-abnorme Quantität und vermutlich auch eine besondere Qualität aufweist. *Der Süchtige ist demnach nicht nur ein kontaktkranker, sondern stets auch ein ichkranker Mensch.* Aus dem abnormen dualunionistischen Ergänzungsdrang stammt auch der quantitativ und qualitativ extrem abnorme Anspruch aller Perversen und Süchtigen, *nur von einem bestimmten und keinem anderen Objekt angenommen zu werden.* Dieser unerfüllte Akzeptationswunsch macht es dem Süchtigen unmöglich, sich von dem Dualpartner, der ihn, so wie er ist, nicht annehmen kann, abzutrennen und auf die Suche nach einem anderen Ergänzungsobjekt zu gehen.

Die besondere Art des dualunionistischen Ergänzungs- (p) und Akzeptationsanspruches (m) bringt es mit sich, daß der Süchtige sich von seinem Dualpartner andersartig abtrennt und die veruntreute Mutter auch andersartig zu ersetzen versucht als der Nichtsüchtige. Der Vorgang der Abtrennung und der der Ersatzbildung ist demnach bei dem Süchtigen genau so abnormal wie der Anspruch

selbst, pausenlos, ohne Unterbrechung, die dualunionistische Verbindung und Berührung mit dem Urdualpartner aufrechtzuerhalten. Um dies zu verstehen, müssen wir den Abtrennungsvorgang bei dem Gesunden vorerst triebpsychologisch erklären. Der Vorgang der Abtrennung ist mehr als eine reine Angelegenheit des Kontakttriebes. Es spielen schon die Ichtriebe eine ausschlaggebende Rolle. Wir können den Vorgang der Abtrennung im Kontakt- und Ichtrieb mit dem Triebexperiment schrittweise verfolgen.

Erste Phase: die Urdualunion von Kind und Mutter. Das kindliche Ich projiziert alle seine Ansprüche auf die Mutter, welche alle seine Wünsche zur Zeit der Dualunion befriedigt. Phase der totalen Projektion: $Sch = 0$ —. Das Kleinkind kennt noch keine Trennung zwischen Ich- und Duwelt, es lebt im Paradies des «A-Dualismus». (Vgl. dazu «Experimentelle Triebdiagnostik», S. 153 ff.) In dieser Phase hat das Kind demnach mit der Außenwelt gar keine Verbindung: $C = 0$. Die Mutter ist für es kein Außenweltobjekt, sondern sie gehört durch völlige Verschmelzung zu seiner a-dualen Welt.

Zweite Phase: Vorbereitung zur Abtrennung. Sooft die Mutter das Kind von der Brust abtrennt und allein läßt, fängt das Kind an, allmählich nach der Brust der Mutter zu suchen, um sich an sie wieder anzuklammern $\frac{d}{m} = +$. Da es aber die Brust nicht bekommt, sucht es diesen Wunsch mit einem Ersatzobjekt, mit dem Finger, zu befriedigen. Der Finger ersetzt ihm die Mutterbrust, das Lutschen die Dualunion. Die tagtäglich sich mehrmals wiederholenden Abtrennungserlebnisse haben die Folge, daß sich das entwickelnde Kind allmählich dessen bewußt wird, daß es *allein* ist, daß es ohne den Halt der Brust sich nicht an die Mutter anzuklammern vermag. Der Wunsch nach der Mutter drängt allmählich in den Vordergrund, und so erwacht im Kind das *Wunschbewußtsein*, dessen erste bewußte Strebung der Wunsch ist, sich an die Mutter anzuklammern. Diese Vorphase der Abtrennung stellen wir uns triebpsychologisch etwa so vor:

- | | |
|--|----------------|
| 1. Der Wunsch nach der Dualunion besteht noch unversehrt = | $Sch = 0$ — |
| 2. aber der Wunsch, sich anzuklammern, drängt schon in das Wunschbewußtsein = | $m = +, p = +$ |
| 3. So entsteht allmählich mit den Monaten und Jahren das Bild des verlassenen Ichs = | $Sch = 0 \pm$ |

Dritte Phase: die Phase der Abtrennung. Im zweiten, dritten Lebensjahr beginnt der Abtrennungsprozeß ernst zu werden. Das Kind, welches vor $1-1\frac{1}{2}$ Jahren nur von der Mutterbrust abgetrennt wurde, fängt an, in der Welt *allein* herumzulaufen. Die Zeitspanne, in der es allein spielen und sich selbst amüsieren muß, dehnt sich allmählich weiter aus.

- | | |
|--|-------------|
| Es entsteht eine Ambivalenz in der Mutterbindung = | $m = \pm$ |
| es klammert sich noch an = | $m = +$ |
| aber löst sich dennoch ab = | $m = -$ |
| und sucht sich Ersatzobjekte = | $d = +$ |
| anstelle der zu oft fehlenden Mutter = | $C = + \pm$ |
| Je weiter der Ablösungsprozeß vorwärtsschreitet, desto größer wird das Bedürfnis, auf Suche zu gehen nach neuen Objekten = | $m = -$ |
| | $d = +$ |
| | $C = + -$ |

- | | |
|---|------------------------|
| In dieser Phase beginnt das Kind die Verlassenheit von der Mutter zu introjizieren = | { $k = +$
$p = \pm$ |
| damit beginnt durch die <i>Annahme</i> der Verlassenheit die allmähliche Übernahme der Verantwortung über seine eigene Welt = | |
| | $Sch = + \pm$ |

Das Anklammerungsbedürfnis drängt nicht mehr in den Vordergrund (es fehlt: + p), und das Kind fängt an, in einer *autistischen, irrealen Allmachtsphase des Ichs* zu leben. *Es nimmt sich an, fühlt sich allmächtig und nimmt sich und die Welt in Besitz* =

$$C = + -$$

$$Sch = + -$$

Mit dieser Allmachtübernahme wird es gleichzeitig auch aggressiv, ja sogar sadistisch =

$$s = +!$$

Es wird eifersüchtig (auf den Vater und die Geschwister) =

$$P = - +$$

Kurz: das Kind wird ein autistisch-undisziplinierter Kain, ein Ödipus, der den Rivalen aus Eifersucht töten könnte.

$$\begin{array}{cccc} S & P & Sch & C \\ 0 & +! & - + & + - \\ & & + - & + - \end{array}$$

Dann folgt die:

$$+ +! \quad \underbrace{\hspace{2cm}}_{\text{der autistische Kain}}$$

Vierte Phase: Das Ausreißen. Dieses wird dadurch bedingt, daß man das autistische Kain-Kind zwingt, sich an die Erziehungsvorschriften der Familie anzupassen = (Ausreißerspiele, wirkliches Ausreißen bei 5- bis 7jährigen.)

$$Sch = \pm -$$

$$k = -$$

Fünfte Phase: Das Finden eines Ersatzobjektes. Beginn der Anpassung =

Die weitere Ich- und Kontaktentwicklung besteht bei dem Alltagskind darin, daß es *die ersten Introjektionsbilder der Eltern reduziert, und allmählich erlernt es, daß es nicht allmächtig sein kann.* Es muß sich anpassen, d. h. seine Allmachtsprüche verneinen =

$$\left\{ \begin{array}{l} Sch = - - \\ C = 0 + \\ \quad + + \\ \text{es fehlt: } +k \end{array} \right.$$

So wird es - zu früh allerdings - ein idealloser Alltagsmensch =

$$k = -, p = -$$

Das Kind ist stets auf der Suche nach einer Person in oder außerhalb der Familie, die es annimmt = und ihm einen Halt bieten kann.

$$Sch = - -$$

$$m = +$$

An diesem Punkt der Entwicklung entscheidet sich sein künftiges Schicksal. Hier öffnen sich für das Kind mehrere Schicksalswege: 1. die *gelungene*, 2. die *nicht-gelungene* Annahme.

Erster Weg: Bildung mehrerer neuartiger Dualunionen, so mit den Familienmitgliedern (Eltern, Großeltern, Geschwistern, Tanten, Onkeln) und mit außerfamiliären Personen (Freunden, Lehrern, Pastoren). Bei diesen gleichzeitigen mehrfachen Verbindungen ist der ausschlaggebende Wunsch, *von diesen Personen angenommen zu werden, in diesen Personen einen Halt zu finden.* Dieser Zustand des *Angenommenseins* hat folgende zukunftsbestimmende Folgen:

1. Das Kind kann sich wieder an Objekte binden und sich anklammern ($m = +$).

2. Es wird von dem sicheren Gefühl erfüllt: *Ich kann so sein, wie ich bin.* Dieses Gefühl sichert seine Selbstachtung, Selbsterfüllung, Selbstentfaltung, die Rechtfertigung seines Daseins und Soseins. *Es wird bestätigt.*

3. Die Sicherheit, daß es einen verlässlichen Rückhalt und eigenen Halt besitzt, an dem es sich «halten» kann, daß es Objekte hat, von denen es «erhalten» wird.

Kurz: *Die Annahme des «Haltobjekts» ermöglicht dem Kind, sich selbst anzunehmen,* sein gerechtfertigtes Dasein zu erfüllen und sich selbst zu behaupten.

4. Der Halt und der Rückhalt bedingen seine eigene Haltung und sein Verhältnis zu dem Haltobjekt wie auch sein Verhältnis zu der Welt.

5. Nur durch die Annahme durch die Haltpersonen (Familie, Schule usw.) wird es später möglich werden, eine neue Liebesdualunion zu finden und zu gründen, sich wieder in Liebe und Zärtlichkeit zu binden und zu verbinden.

6. Nur der Mensch, der in der Kindheit von den Eltern so, wie er ist, angenommen wurde, kann auch später eine andere, «fremde» Person so, wie sie ist, annehmen und lieben.

Das alles weiß der Dichter besser und tiefer als der Psychologe. Wir zitieren Rainer Maria Rilke¹.

«Liebende, euch, ihr in einander Genügten,
frag ich nach uns. Ihr greift euch. Habt ihr Beweise?
Seht, mir geschieht, daß meine Hände einander
inne werden oder daß mein gebrauchtes
Gesicht in ihnen sich schont. Das gibt mir ein wenig
Empfindung. Doch wer wagte darum schon zu sein?
Ihr aber, die ihr im Entzücken des anderen
zunehmt, bis er euch überwältigt
anfleht: nicht mehr –; die ihr unter den Händen
euch reichlicher werdet wie Traubenjahre;
die ihr manchmal vergeht, nur weil der andre
ganz überhand nimmt: euch frag ich nach uns. Ich weiß,
ihr berührt euch so selig, weil die Liebkosung verhält,
weil die Stelle nicht schwindet, die ihr, Zärtliche,
zudeckt; weil ihr darunter das reine
Dauern verspürt. So versprecht ihr euch Ewigkeit fast
von der Umarmung. Und doch, wenn ihr der ersten
Blicke Schrecken besteht und die Sehnsucht am Fenster,
und den ersten gemeinsamen Gang, ein Mal durch den Garten:
Liebende, seid ihrs dann noch? Wenn ihr einer dem andern
euch an den Mund hebt und ansetzt –: Getränk an Getränk:
o wie entgeht dann der Trinkende seltsam der Handlung.»

Der Dichter weiß Bescheid über das *Warum der Umarmung*.

Umarmung ist die Funktion der Dualunion, das Zeichen des Dankes für die Annahme in einer Dualität, so wie man eben ist. Umarmung heißt Ergänzung, einen Halt und Rückhalt gefunden haben, der uns hält und ergänzt. Umarmung will sagen: *Ich bin nicht allein!* Ich habe ein Objekt, an das ich mich bedingungslos und voraussetzungslos, wie an die Mutter mit Mund, Händen und Füßen, anklammern kann. Umarmung heißt: Überwindung des Alleinseins durch die Dualunion. Jede Dualunion bedeutet Rechtfertigung des Daseins und des Soseins.

*

Die erste Form des Kontaktschicksals ist sonach durch die *gelungene Annahme* in der Dualunion bedingt und geprägt.

Die zweite durch das entgegengesetzte Schicksal, d. h. durch die *Nichtannahme*, durch das Fehlen der Dualunion, durch das Alleinsein. Dieser Schicksalskategorie gehören die Süchtigen an.

Wird ein Kind von keinem der Eltern angenommen, so verzweifelt es. Es verzweifelt, nicht so zu sein, daß die Mutter oder der Vater, der Lehrer oder der Freund es annehmen könnte.

Die Folgen der Verzweiflung können beim Kinde wie auch beim Erwachsenen verschiedentlich ausfallen.

Das eine Kind und so mancher Erwachsene erlangen die Einsicht in die Notwendigkeit, sich zu verändern. Das erste macht es sich leicht, da es in der Tat auch

¹ RAINER MARIA RILKE: Duineser Elegien. Insel-Verlag, 1949. S. 12/13.

der «andere» sein kann, also *der*, dem gegenüber man von ihm die Annahme verlangt. Das zweite hat den «anderen» nicht in sich und schafft sich darum eine *Maske* von diesem «anderen», mit der man es dann annimmt. Es erzwingt mit dieser Maske die Umarmung und die Akzeptation. Es schafft sich eine Dualunion mit der Maske.

Das dritte triumphiert mit Trotz über die Verzweiflung, indem es aus Rache und Wut eben *den*, der es in der Tat ist und wegen dessen es nicht angenommen wurde, in sich über alle Maßen aufbläst und zur Schau trägt. Es fängt an, Personen zu bestehlen, zu berauben, ja sogar zu töten, oft eben das Objekt, das ihm die umarmende Annahme verneint hat. So werden diese Kinder und kindgebliebenen Erwachsenen *Kriminelle*, die dann mit gestohlenem oder geraubtem Geld sich Ersatzobjekte kaufen, von denen sie akzeptiert und umarmt werden. Was Kinder in diesem Triumph über die Verzweiflung sich und der Gemeinschaft antun können, das würde ein Außenstehender niemals vermuten.

Ein dreizehnjähriges Mädchen zum Beispiel, bei dem nach dem Tode der Mutter die Inzestliebe zum Vater hemmungslos aufflammte, prostituierte sich aus Rache an dem Tage, an dem der Vater die französische Gouvernante heiratete. (Sie wurde durch eine Analyse gerettet.)

Ein 14½jähriger Junge wurde vom Vater wegen der moralisch-imbezillen Mutter, mit der er nach der Scheidung der Eltern zusammenleben mußte, nie angenommen. Dieser Junge hat die Mutter mit einer Axt erschlagen und siegreich wie ein Held die Tat der Stiefmutter und dem Vater mit den Worten präsentiert: «Ich habe das Aas getötet.» Er hoffte durch diese Tat vom Vater angenommen zu werden. Er irrte sich und wurde zu 4½ Jahren Gefängnis verurteilt.

*

Die Sucht ist ebenfalls eine Lösung des Schicksals des Nichtangenommenseins. Auf Grund der Ergebnisse von Schicksalsanalysen an schweren Süchtigen läßt sich das Suchtschicksal in folgenden Phasen rekonstruieren:

Erste Phase: die kindlichen Süchte.

1. Ekzessives und hinziehendes (protrahiertes) Lutschen; *Lutschsucht*.
2. Exzessive 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 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 Rachesucht*.
4. *Stehlsucht*; Kleptomanie.

5. *Lügesucht*; Mythomanie.
6. *Homosexuelle Exzesse*, zumeist mit Stehlsucht, 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*.

Triebpsychologie der Sucht

Fassen wir nun das triebpsychologisch Wesentliche im Suchtschicksal zusammen:

1. Extrem abnorme Anlage zur dualunionistischen Daseinsform.
2. Unfähigkeit zum Ertragen jeglicher, sogar vorübergehender Unterbrechung in dem Dualstromkreis. Der Stromkreis in der Dualunion 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 zur Veränderung unfähig sowohl im Charakter wie auch in der Objektwahl, oft auch in der Wahl von Suchtobjekt und Suchthandlung. Unfähigkeit zur Veränderung und zur normalen Ersatzbildung. Unfähigkeit, *sich selbst* anzunehmen.
4. *Der Süchtige überträgt seine Unfähigkeit, eine Dualbindung zu unterbrechen, auf die Suchthandlung. Daher das Nicht-aufhören-Können.* Das Suchtmittel ist eine permanente Prothese für das verlorene Dualobjekt. Und nun lebt der Süchtige fortan 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 diesem Suchtfetisch in einer Dualunion wie einst mit der Mutter.
6. Das Gefühl des Nichtangemommenseins wird dem Süchtigen erst allmählich bewußt. Vermutlich introjiziert der Süchtige die Person, die ihn nicht annehmen wollte, in das eigene Ich. Diese Introjektion zwingt den Süchtigen, sich selber nicht mehr anzunehmen.
7. Die Rolle des Selbstzerstörungsdranges in der Sucht wurde zuerst von FREUD betont¹. 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

¹ FREUD, S.: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr., Bd. XII, S. 7.

Person. Sie lebt nur für diesen Fetisch. Denn dieser Suchtfetisch allein kann ihr die veruntreute Dualunion, die versagte Umarmung, die ununterbrochene Dauer einer zeitlosen Seligkeit vortäuschen, in die sie «aus der lebensimmanenten Zeit» hinausgetreten ist.

II. Sucht als Daseinsform

Bisher betrachteten wir die Sucht im Lichte der Triebpsychologie. Im folgenden stellen wir auf Grund der Arbeit von GEBSATTEL¹ die daseinsanalytische Auffassung über die Sucht dar.

Unmerklich, ohne sichtbare Grenzmarkierung führt der Abweg von den sexuellen Perversionen zum Abgrund der Sucht. Alle Perversen sind süchtig. Denkpsychologisch ist die Perversion nicht nur die Umkehrung ins Gegenteil, sondern «die Verkoppelung des Wesensverschiedenen in einer Irrung, die dazu verführt, mit der gedanklichen Form einer ursprünglichen Wahrheit etwas, das diese Wahrheit wieder aufhebt, zu ergreifen²». (JASPERS.)

In diesem Sinne betrachtet auch GEBSATTEL das Perverse in den Süchten.

«Das eigentlich ‚Perverse‘ der Süchte besteht in einer ‚Verkehrung‘ des sie bejahenden Werterlebens.» Das Gemeinsame aller Süchte ist die Tendenz der Selbstzerstörung. Diese Destruktionstendenz ist das Bindeglied zwischen Sucht und Perversion.

«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.» (GEBSATTEL, S. 263.)

Bei der Sucht ergreift die destruktive Grundtendenz die ausschließliche Macht über die Person. Sie stürzt die Person in den Abgrund, «an dem sie zuerst noch in übermütigem Tanze entlangschritt».

Woher der Drang zur Selbstzerstörung? Die Antwort GEBSATTELS lautet: Aus der «verleugneten oder grundsätzlich dem Individuum unzugänglichen Verzweiflung».

«Hinter jeder Sucht, die heilbar ist, steht diese Verzweiflung. Ist sie nicht heilbar, so handelt es sich eben um einen ‚verzweifelten‘ Fall. Die Verzweiflung ist dann völlig anonymes, unangehbares und unentrinnbares Schicksal geworden, eine Angelegenheit mehr der Gattung als des Individuums.» Der Sinn dieser Verzweiflung ist, daß der süchtige Mensch sich selbst nicht annehmen will.

«Will aber der Mensch sich selbst nicht annehmen, so heißt das, daß er, ob schon er *ist*, nicht sein *will*.» Er ist demnach ungerechtfertigt da. Diese ungerechtfertigte Daseinsweise drängt «als eine Art des Nichtseins den Daseinswillen in ihre Richtung, in die Richtung auf das Nichts».

*

Auf Grund unserer vorangehenden Erörterungen müssen wir feststellen, daß nicht die Tendenz zur Selbstsabotage an sich den primordialen Kern der Sucht

¹ V. GEBSATTEL, V. E.: Zur Psychopathologie der Sucht. Studium Generale, 1. Jg. Heft 5, 1948.

² JASPERS, K.: Descartes und die Philosophie. 1937. S. 63.

ausmacht, sondern eben die aprioristische Unfähigkeit, ohne eine Dualunion zu leben. *Die Nichtannahme seiner selbst ist nur die Folge der Introjektion der Dualperson, die den Süchtigen, so wie er ist, zumeist schon als Kind nicht annehmen konnte.*

Darum behaupten wir, daß die Sucht eine Krankheit des Dualunionstriebes, der Kontakt- und Ichtriebe ist.

*

Es wäre irrig, den Schluß zu ziehen, die Sucht sei nur eine exogen bedingte Krankheit. Süchtige sind angeborene Psychopathen und tragen das Zeichen der psychopathischen Trias. Das will sagen:

1. Sie frönen dem Lustprinzip. Sie geben im Triebexperiment in der Tat das Lustsyndrom. (Vgl. die experimentelle Syndromatik der Sucht.)

2. Die Mitte ist zumeist sehr schwach. Nicht selten zeitigen Süchtige den totalen Verlust der Mitte (vgl. Fall 1) oder eine fast völlig alles bejahende positive Mitte (Fall 38).

3. Die Notventile sind bei Süchtigen zumeist vermehrt. Im Experiment gehören sie der tri- und quadriäqualen Klasse an.

Diese experimentellen Merkzeichen sprechen für eine endogene, vererbte Anlage der Sucht. Das Besondere in der Suchtpsychopathie sehen wir aber darin, daß Süchtige eben in der Verbindung mit dem Dualpartner, also im Kontakttrieb abnormal sind. Diese Kontaktanomalie hat mit den Perversionen eine Ähnlichkeit, die sich auch auf das Ich bezieht.

So wie die Perversen haben auch die Süchtigen einen abnormen Ergänzungsdrang (p) und sind auch in der Besitznahmefähigkeit des Objektes (k) abnorm.

Die Pathologie des Ergänzungsdranges der Perversen besteht, wie wir es bereits erörtert haben, darin, daß sie sich *nur* auf dem Gebiete der Sexualität ergänzen können.

Während aber die Perversen eine Ausschließlichkeit des Ergänzungsdranges auf dem Sexualgebiet aufweisen, dehnt sich bei den Süchtigen der Ergänzungsdrang auf die Dualprothese, auf das Suchtmittel aus.

Süchtige, bei denen die Ergänzungs- und Bemächtigungsansprüche auf das Sexualgebiet beschränkt bleiben, nennt man *«sexuell Haltlose»*. Sie bilden die Übergangsgruppe von den Perversen zu den Süchtigen. Die Anomalie der Besitznahmefähigkeit ist bei den Süchtigen die nämliche wie bei den Perversen. *Auch Süchtige können das Objekt nicht mit dem Ich in Besitz nehmen.* Nur am Anfang der Sucht, zur Zeit der Introjektion des Dualobjektes, geben Süchtige eine $k = +-Ich$ reaktion. Später dagegen zeitigen sie – genau so wie die Perversen – fast stets die Reaktion der Entwertung: $k = -$.

Die experimentelle Analyse des Suchtsyndroms bestätigt demnach die innige triebpsychologische Verwandtschaft zwischen Sucht und Perversion.

Die Beziehung der Sucht zum *Zwang*, die man des öftern erwogen hat, zuletzt eben v. GEBSATTEL und A. MITSCHERLICH¹, besteht zumeist nur darin, daß der Süchtige unter Zwangsimpulsen zu leiden hat. Mit Recht bemerkt aber GEBSATTEL, daß das Zwingende eines Impulses das Phänomen des Zwanges noch nicht konstituiert. Der Süchtige bestreitet erst nachher seine Freiheit. Es ist eine *«posthum erwachte Gewissensregung»*, wenn der Süchtige behauptet: *«Ich konnte nicht anders.»*

¹ MITSCHERLICH, A.: Vom Ursprung der Sucht. Klett, Stuttgart 1947.

Die individuelle Triebanalyse von Süchtigen hat in dieser Frage folgende Ergebnisse gebracht:

1. Wir finden in der Tat Süchtige, die im Triebexperiment zwangsneurotische Vektorreaktionen liefern, die aber *in der Reihenfolge stets atypisch* sind. Folgende Beispiele können zum Vergleich dienen:

Tabelle 50. Sucht und Zwang

Profile	S	P	Sch	C
I. Nichtsüchtiger Zwangsneurotiker =	$\pm -$ $\pm -$	± 0 $\pm +$	± 0 ± 0	$0 \pm$ $0 \pm$
II. Trinker =	± 0 ± 0	$+ \pm$ $- -$	$- 0$ ± 0	$+ 0$ $+ 0$
III. Andere Trinker =	$\pm -!$ $\pm -!$	$+ +$ $0 +$	$0 \pm$ $+ \pm$	$0 -$ $+ 0$
IV. Morphinist =	$\pm +$ $\pm +$	$+ -$ $\pm -$	$\pm +$ $- +$	$- 0$ ± 0

2. Die Ambivalenzbereitschaft kann also bei Süchtigen in der Tat oft groß sein, sie verursacht die Zweifelnatur aller Süchtigen, insbesondere aber die Zwangsimpulse ($b = \pm$; $m = \pm$).

III. Ordnung der Sucht nach Triebstreben. Sucht und Trieb

Nach v. GEBSATTEL kann «jede Richtung menschlichen Interesses süchtig entarten». Jede Triebstrebenung kann sich in Sucht verwandeln. Diese Tatsache erhellt aus der Tabelle 51, in der wir die Suchthandlungen nach den faktoriellen Triebstrebenungen geordnet haben.

Die Lehre aus dieser Tabelle läßt sich kurz etwa so zusammenfassen:

1. Die Sucht kann sich auf allen möglichen Triebgebieten ihre Ersatzobjekte und ihre Ersatzhandlungen wählen.
2. Die Süchte auf dem Gebiete der Sexualität gehören auch in die Gruppe der Perversionen.
3. In der Alltagssprache wird als Sucht zumeist nur die auf dem Gebiete des Kontakttriebes genannt (Trunksucht, Giftsucht usw.)¹.
4. Die Suchtanlage kann sich auch in Charakterzügen «befriedigen».

IV. Experimentelle Syndromatik der Sucht

1. Gleichförmigkeit, starre Monotonie in den Wahlreaktionen. Die Elastizität des Triebens ist verschwunden. An ihre Stelle tritt die Zwanghaftigkeit der Wahl:

Testologisch:

1. Tendenzspannungsquotient:
unter 1,5
2. Prozentuale Symptomreaktion
größer als 40

¹ HAFTER, C.: Das Problem der Süchtigkeit. «Gesundheit und Wohlfahrt» 1948. Heft 1.

Tabelle 51. Ordnung der Suchtformen nach Triebstrebnungen. Sucht und Trieb

Trieb- vektor	Suchtart →		Besondere Suchtbehandlungen	Besondere suchtartige Charaktermerkmale
	Triebfaktor ↓			
S	b	+	a) Liebessucht, Erotomanie, Mannstollheit = Nymphomanie Weibstollheit = Satyriasis	a) Schürzenjägerci
		-	b) Kultursucht, <i>Gemeinschafts-</i> sucht	b) Ästhetenhafter Lebensstil, Kultursnobismus
	s	+	a) Zerfleischung-, Zerstörungssucht: Sadomanie	a) Arbeitsceifer und Arbeitswut, Aktivitätsdrang, Draufgänger
		-	b) Leidenssucht, Opfersucht, Selbstzerstörungssucht = Masochismus Spielsucht (nach FREUD)	b) Trägheit, Unterwürfigkeit, Servilität
P	e	+	a) Wahrheits-, Gerechtigkeits-sucht, Betsucht	a) Ethisches Pathos, Pietismus
		-	b) Wutsucht, Rachsucht, Haß-sucht, Pyromanie	b) Neid, Eifersucht, Jähzorn, Rachgier
	by	+	a) Geltungssucht, Exhibitions-sucht, Ruhmsucht	a) Eitelkeit, Koketterie
		-	b) Lügesucht, Mythomanie	b) Schamhaftigkeit
Sch	k	+	a) Habsucht, materielle Macht-sucht, Allmachtsucht, Selbst-sucht	a) Habgier, Egoismus, Narziß-mus, Ehrgeiz, Egozentrizität, Formalismus
		-	b) Entwertungssucht, Destruktionssucht	b) Alles-verneinen-Müssen, Nichts-ankennen-Können
	p	+	a) Persönliche und ideale Bemächtigungssucht, Rivalisie-rungssucht (mit d = +)	a) Selbstbesessenheit, Schwärme-rci, Leidenschaftlichkeit, Ver-ehrungsdrang, Enthusiasmus
		-	b) Beschuldigungssucht, Prozeß-sucht (Pseudoquerulanz), Giftsucht	b) Mißtrauen, Selbstunter-schätzung
C	d	+	a) Erwerbungs-sucht, Stehlsucht, Spielsucht	a) Ewiges Suchen, Unstetigkeit, Untreue, Verschwendung
		-	b) Sammel- und Ruffsucht, Schmutzsucht = Koprophilie	b) Sparsinn, Beharrung, Treue
	m	+	a) Trink-, Eß-, Schwatzsucht, Giftsucht, Akzeptationssucht, Kontaktsucht	a) Freßgier (Völlerei), Genußgier, Launenhaftigkeit
		-	b) Abtrennungssucht, Sperrungs-sucht (Verwahrlosung)	b) Einsamkeit

II. *Triebklasse*: Da Süchtige Kontaktpsychopathen sind, dominiert bei ihnen die *Cm*-Klasse = zumeist in triäqualer Form mit den Klassen:

- a) der Selbstzerstörungssucht =
 - b) der Entwertungssucht =
 - c) seltener mit dem Gutmachungsdrang =
- (Zumeist nur im Anfangsstadium der Sucht)

Cm⁻, *Cm*⁺
Cd⁺ oder *Cd*⁻

Ss⁻
*Sch**k*⁻
Pe⁺

III. In der *Triebformel* fällt die *große Zahl* der Symptomfaktoren auf (4 bis 6 Faktoren).

1. *Symptomfaktoren* sind =

$$d^0, m^{0\pm}, hy^{0\pm}, p^{0\pm}, e^{0\pm};$$

wobei folgende Koppelungen dominieren:

a) Haltlose Oralität =

$$d^{0(\pm)}, m^{0(\pm)}$$

b) Affekthaltlosigkeit =

$$e^0, hy^0$$

c) Minder- und Überwertigkeitsanfälle =

$$e^0 p^{0(\pm)}$$

d) Periodische Oralität (Quartalsäuer, Dypsomanie) =

$$e^0 m^{0(\pm)}$$

e) Anfallartig auftretende Halt- und Maßlosigkeit =

$$e^0 d^{0(\pm)}$$

2. Die *Wurzelfaktoren* sind bei Süchtigen *relativ spärlich* (1-2 Faktoren). Die häufigsten Wurzelfaktoren:

a) Selbstzerstörung =

$$s = -!$$

in den manischen Phasen und Delirien: Allosadismus =

$$s = +!$$

b) Unstillbares Suchen nach Selbstzerstörung =

$$d = +!, s = -!$$

Im Anfangsstadium: das Kleben =

$$d = -$$

an dem Inzestobjekt =

$$C = - +$$

IV. Besondere *Triebgefahren*:

1. Unitendenz der Anklammerung, des *Annahmedrangs* =

$$m = +$$

2. In schweren Fällen: Unitendenz der Ablösung von der Welt mit Haschen =

$$m = -$$

3. Unitendenz der Selbstzerstörungswut =

$$S = 0 -$$

V. *Triebüberdruck* in den Faktoren =

$$\left\{ \begin{array}{l} m = +!! \text{ (Trunksucht)} \\ d = +! \\ s = -! \\ k = -! \end{array} \right.$$

VI. *Faktorenverband* der Sucht. Variation 1.

1	2	3	4	5	6	7
—	0	0 (+)	0 (—)	0 (± +)	0 (+!)	+! (0)
s	e	by	k	p	d	m
Selbstsabotage	Verlust der ethisch-moralischen Zensur		Ichverlust		Akzeptationsdrang	

Variation 2. Frühinfantile Inzestbindung mit Fixation auf der Dualunionsstufe

1	2	3	4	5	6	7
—	0 (+)	0 (+)	0	— (±)	—	+ (±, 0)
s	e	by	k	p	d	m
Selbstsabotage	Verlust der ethisch-moralischen Zensur		Verlust der Dualunion		Inzestbindung	

VII. Süchtige *Mitte*:

a) Völliger Verlust der Mitte =

$$\begin{array}{cccc} e & by & k & p \\ \hline 0 & 0 & 0 & 0 \end{array}$$

b) Verlust der Mitte mit Besessenheit =

$$\begin{array}{cccc} 0 & 0 & 0 & + \end{array}$$

c) Verlust der Mitte mit Projektion =

$$\begin{array}{cccc} 0 & 0 & 0 & - \end{array}$$

d) Verlust der Mitte mit Verlassenheit =

$$\begin{array}{cccc} 0 & 0 & 0 & \pm \end{array}$$

e) Verlust der Mitte mit ethischer Ambivalenz =

$$\begin{array}{cccc} \pm & 0 & 0 & 0 \end{array}$$

f) Verlust der Mitte mit Wutauflauf =

$$\begin{array}{cccc} - & 0 & 0 & 0 \end{array}$$

g) Verlust der Mitte mit Gutmachung =

$$\begin{array}{cccc} + & 0 & 0 & 0 \end{array}$$

und so fort

VIII. Besondere *Ichabwehr*:

1. Totale Projektion = das dualunionistische Ich, besonders bei schweren Süchtigen =

$$Sch = 0 -$$

2. Projektion und Inflation = das weibliche Ich (oft bei Männern) =

$$Sch = 0 \pm$$

3. Zwangs-Ich, das männliche Ich (oft bei Frauen) =	$Sch = \pm 0$
4. Ichverlust, Ichwechsel, Dämmerzustand =	$Sch = 0 0$
5. Verdrängung =	$Sch = - 0$
6. Hemmung =	$Sch = - +$
7. Entfremdung =	$Sch = - \pm$
8. Manische Entwertung =	$Sch = -! -$

IX. Besondere *Kontaktreaktionen*:

1. das «süchtige» Kontaktbild =	$C = +! \pm (+!!)$
(bei dem im Hintergrund die Inzestbindung steht =	$C = - 0)$
2. Unfähigkeit zur Abtrennung =	$C = \pm +$
(im Hintergrund: Haltlosigkeit =	$C = 0 -)$
3. Inzestbindung im Vordergrund (am Anfang der Sucht) =	$C = - +$
4. Seltene Kontaktbilder =	$C = + +$
	$+ 0$
in der manischen Phase =	$0 -$

X. Besondere *Sexualreaktionen*:

1. <i>Selbstzerstörungsdrang</i> , Masochismus, Selbstsabotage =	$S = 0 -!$
2. Fehlen jeglicher Aktivität =	$S = \pm -$
3. Zielinversion (beim Manne)	$S = + -$

XI. Besondere *Affektreaktionen*:

1. Sensitive Beziehungsangst, Lügenhaftigkeit =	$P = 0 - , 0 -!$
2. Drang zum Jammern =	$P = 0 \pm$
3. Geltungsdrang =	$P = 0 +$
4. Aufstauung von Wut, Haß, Zorn und Rache =	$P = -! 0$
5. Panische Angst =	$P = - -$
6. Phobie =	$P = + 0$
7. Affektentladung =	$P = 0 0$

V. Experimentelle Syndromatik der sexuellen Haltlosigkeit

Vorbemerkung: Sexuelle Haltlosigkeit, wie Sucht im allgemeinen, bedeutet Kontaktpsychopathie, d. h. die Anomalie der Bindung und Haltung im dualen Dasein. Sexuell Haltlose sind also nicht an erster Stelle sexualabnorme Individuen. Sie erkranken am Kontakttrieb. Erstens, weil ihr dualunionistischer Anspruch über alle Maßen groß ist. Zweitens, weil sie ohne Verbindung, ohne Berührung mit dem erwähnten Kontaktobjekt lebensunfähig sind. Ihr Ich zeigt die typische Abnormität aller Süchtigen und Perversen:

- die *Unfähigkeit zur Idealbildung als Folge der Abtrennungsunfähigkeit;*
- die *Entwertungstendenz;*
- die *Zwangsimpulse;*
- den *Verlust der ichhaften Besitznahmefähigkeit.*

Die äußere Nichtannahme wurde verinnerlicht und erscheint als *Sich-selbst-nicht-annehmen-Können*. Daher die Selbstsabotage, die Autodestruktion.

Die Inzestbindung bleibt bei jugendlichen haltlosen Mädchen stets das auslösende Moment der Kontaktstörung und der Verwahrlosung.

Die exogenen Momente aber setzen nur die vererbte psychopathische Bahnung in Betrieb. Im Wesen sind sie Erbpsychopathen.

Mit Hilfe einer Therapie kann nur der persönliche Konflikt, der der psychopathischen Erbanlage zur Erscheinung verholfen hat, gelöst werden. Darum kann man in allen Fällen von sexueller Haltlosigkeit, besonders bei jungen Mädchen, eine tiefenpsychologische Behandlung versuchen.

Syndromatik

I. *Triebklasse*: Tri- und quadriäqual. Es führen folgende Klassen:

- | | |
|--|-------|
| 1. Annahmedurstige, Sich-ewig-Anklammernde = | Cm+ |
| 2. in schweren Fällen die der Hypomanen = | Cm- |
| 3. Entwertende und Destruktive = | Schk- |
| 4. Sadisten = | Ss+ |
| 5. Selbstsaboteure = | Ss- |

Die schwersten Fälle, die an der Grenze einer Psychose stehen und doch nicht psychotisch werden, können auch der Klasse = angehören.

Phy-, Schp+

Die leichtesten Haltlosen sind Mitglieder der Klasse der Akzeptionssüchtigen¹ =

Cm+

II. In der *Triebformel*² der Haltlosen, wie bei Süchtigen im allgemeinen, figurieren stets mehr Symptom- als Wurzelfaktoren.

1. Die *Symptomfaktoren* sind:

- | | |
|--|--|
| a) frühinfantile oder desintegrierte Bindung = | d ⁰ , m ⁰ |
| b) affektlabile Haltlosigkeit, Verlust der Mitte = | d ⁰ , e ⁰ , by ⁰ |
| c) Haltlosigkeit mit Verlassenheit = | d ⁰ p±(0) |
| d) moralische Willensschwäche (Verlust der inneren Mitte) = | by ⁰ , k ⁰ |
| e) moralische Willensschwäche gegenüber sexuellen Ansprüchen = | b ⁰ , by ⁰ , k ⁰ |
| f) moralische Schwäche gegenüber oralsadistischen und sexuellen Ansprüchen (Eß-, Trink-, Rauch- und Schwatzsucht usw.) = | s ⁰ , m ⁰ , b ⁰ , by ⁰ |

2. Die häufigsten *Wurzelfaktoren*:

- | | |
|-----------------------------------|----------------|
| a) in der Klasse Cm+, Ss- | a) m+, s-1 |
| b) in der Klasse Schk-, Ss+, Phy- | b) k-, s+, by- |
| c) in der Klasse Cd+, Sb+ | c) d+, b+ |
| d) in der Klasse Ss-, Cd+ | d) s-, d+ |
| e) in der Klasse Cd+, Schp+ | e) d+, p+ |
| f) in der Klasse Cm-, Ss+ | f) m-, s+ |

III. Besondere *Triebgefahren*:

- | | |
|---|---|
| a) im Sexus: die Selbstzerstörung = | { S = 0 —!, + —! |
| b) im Kontakt: die Unitendenz der Anklammerung =
oder die der Abtrennung (Hypomanie) =
oder die biobjektive und ambivalente Bindung =
oder die Inzestbindung = | { s = —!
C = 0 +
C = 0 —
C = + +, + ±
C = —+, — ± |
| c) im Ich: die Verdrängung = | Sch = — 0 |
| die Entfremdung = | Sch = — ± |
| die Besessenheit = | Sch = 0 + |
| die Zwangsimpulse = | Sch = ± 0 |
| die dualunionistische Projektion = | Sch = 0 — |
| d) im Affektleben: die sensitive Beziehungsangst = | P = 0 — |
| die Panik = | P = — — |
| die Entladung der Affekte = | P = 0 0 |
| die Phobie | P = + 0 |

IV. *Triebüberdruck* in folgenden Faktoren:

1. s+1 und s-
2. b+1
3. d+1
4. k-1
5. m+1

¹ BERLING, L.: Beitrag zur Triebpsychologie der Haltlosigkeit bei jugendlichen Mädchen. Diplomarbeit für das Inst. f. angew. Psychologie (Direktor: Dr. H. BLÄSCH). Zürich 1950.

² Einige Faktoren wie Faktor m, s, b figurieren bei einem Kranken als *Symptom*-, bei einem anderen als *Wurzelfaktor*. Diese Tatsache hängt oft von der *äußeren* Situation der Person ab.

V. Besondere *Faktorenverbände*:

A. Bei *sexuell haltlosen Mädchen*:

1	2	3	4	5
0	0	-! (\pm , +!!)	-	\pm
d	e	s	k	p

Das will sagen:

- | | |
|---|----------------|
| 1. Verlust des Wertmaßes (Haltlosigkeit) = | $d = 0$ |
| 2. Anfallartige Haltlosigkeit, evtl. mit Erwerbungsdrang = | $d = 0, e = 0$ |
| 3. Selbstzerstörung = | $s = -!$ |
| 4. Entwertung aller Werte wie auch die der eigenen Person = | $k = -!$ |
| 5. Entfremdung und Entwertung der eigenen Weiblichkeit = | $Scb = - \pm$ |

Der sexuellen Haltlosigkeit der Mädchen entspricht bei Jungen die *Kleptomanie*:

B. Bei *kleptomaneen Jungen*:

1	2	3	4	5	6
0	0 (\pm)	- (0)	+	0 ($+$ \pm)	0 ($+$ \pm)
d	e	k	p	d	m
Erwerbungsanfall		Entwertung	«Größenwahn»	Lustsprinzip	

VI. Die «haltlose» *Mitte*:

- | | | | | |
|---|-----|------|-----|------------|
| 1. Verlust der inneren Mitte = | e | hy | k | p |
| 2. Verlust der Mitte mit Projektion = | 0 | 0 | 0 | - |
| 3. Verlust der Mitte mit Verlassenheit = | 0 | 0 | 0 | \pm |
| 4. Verlust der Mitte mit Besessenheit = | 0 | 0 | 0 | + |
| 5. Totaler Verlust der Mitte (selten) = | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. Subkriminelle Mitte = | - | - | - | +(\pm) |
| 7. Positive, «milde» Mitte = | + | + | + | +(\pm) |
| Dabei können Haltlose, besonders in der Anstalt, auch unter Schuld- und Strafangst leiden = | + | - | - | + |
| | 0 | - | - | + |

VII. Besondere *Ichabwehr*:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Bekämpfung der Besessenheit = | $Scb = - +$ |
| 2. Verdrängung = | $Scb = - 0$ |
| 3. Entfremdung = | $Scb = - \pm$ |
| 4. Totale Inflation = | $Scb = 0 +$ |
| 5. Ausreißer-Ich = | $Scb = \pm -$ |
| 6. Autistisches Ich = | $Scb = + -$ |
| 7. Selten: das dualunionistische, Projektions-Ich = | $Scb = 0 -$ |
| 8. Selten: das Anpassungs-Ich = | $Scb = - -$ |

VIII. Besondere *Kontaktreaktionen*:

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1. Annahmesucht = | $C = 0 +!$ |
| 2. Untreues Suchen = | $C = + -$ |
| 3. Biobjektive Bindung = | $C = + +$ |
| 4. Inzestbindung = | $C = - +$ |
| 5. Bindungsambivalenz = | $C = + \pm$ |
| | $\pm +$ |
| | $- \pm$ |

IX. Besondere *Sexualreaktionen*:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Sexuelle Überladung = | $S = + +!!$ |
| besonders mit Aggression = | $s = +!!$ |
| 2. Sexuelle Ambivalenz (Anlage zu Bisexualität) = | $S = \pm +!!$ |
| | $+! \pm$ |
| | $- \pm$ |
| | $\pm \pm, 0 \pm$ |

3. *Masochismus, Selbstzerstörung*, sie werfen sich jedem Mann hin,
um sich selbst zu erniedrigen =
Seltener:
4. kindliche Sexualität =

$$\begin{aligned} S &= 0 \text{ --!!} \\ S &= \text{-- --!!} \\ S &= 0 \text{ 0} \end{aligned}$$

X. Besondere *Affektreaktionen*:

1. Affektentladung =
2. Sensitive Beziehungsangst =
3. Sensitive Beziehungsangst mit Jammern =
4. Phobie =
5. Gewissensangst =
6. Panische Angst =

$$\begin{aligned} P &= 0 \text{ 0} \\ P &= 0 \text{ -- } \\ P &= 0 \text{ } \pm \text{ } \\ P &= + \text{ 0} \\ P &= + \text{ -- } \\ P &= \text{-- --} \end{aligned}$$

Kasuistik zur Sucht

Im Fall 1, bei dem 29jährigen Buchdrucker, einem Trinker (S. 175), haben wir die Triebanalyse mit der Methode von «Rand und Mitte» bereits ausgeführt. Aus der Krankengeschichte wissen wir, daß Patient von einer Trinkerfamilie abstammt; war ein Jahr alt, als er beide Eltern verlor, hatte eine homosexuelle Phase erlebt, aber seit Jahren hat er keine sexuellen Beziehungen mehr gehabt. Gibt selber an, daß er sich nur schwer anschließen kann. Hier ergänzen wir seine Triebanalyse mit der Syndromanalyse.

Syndromanalyse des Falles 1

I. *Triebklasse*: quadriäqual =

$$\frac{Sb+ : Pby- : Schk- : Cd+!}{6 : 5 : 4 : 4}$$

II. *Triebformel*:

Syndromfaktoren =

Wurzelfaktoren =

$$\frac{e_{10}^0 \quad s_{\frac{1}{8}}^{\pm} ; \quad p_7^0}{b_{\frac{1}{2}}^+ \quad d_{0}^{+!!}}$$

Das will demnach sagen: Er ist ein ewiger Sucher =
sucht homosexuelle Liebe und Zärtlichkeit =
kann aber diese Ansprüche nicht befriedigen, er ist zur Bildung einer
Dualunion unfähig. Er lebt in einer Bindungsambivalenz mit der Welt =
Profil 1, 4, 7, 9 =

$$\begin{aligned} d &= +!! \\ b &= + \end{aligned}$$

Aus dieser Anschlußunfähigkeit rettet er sich ins Trinken. Der
Trinkrausch hilft ihm zur Evakuierung seiner Anklammerungsan-
sprüche: anfallsartige periodische Räumung des Wunschbewußtseins =

$$\begin{aligned} m &= \pm \\ C &= +! \pm \end{aligned}$$

In diesen Perioden kann er Mann-Frau sein =

$$\left\{ \begin{aligned} p &= 0 \quad 7\text{mal} \\ e &= 0 \quad 10\text{mal} \\ s &= \pm \quad 8\text{mal} \end{aligned} \right.$$

Die Analyse der Triebformel klärt demnach die tiefenseelischen Vorgänge
seiner Trunksucht völlig auf.

III. Die *Triebgefahren* wurden bereits erörtert:

1. Triebzielinversion mit Ambivalenz, Profile 2, 3, 4, 5, 9, 10 =
2. Die Sucht zu suchen in allen Profilen =

$$\begin{aligned} S &= + \pm \\ d &= +, +!, +!! \end{aligned}$$

Insbesondere spricht für die Süchtigkeit die Bindungsambivalenz.
Profil 1, 4, 7, 9 =

$$C = +! \pm$$

IV. Der *Triebüberdruck*:

1. ist am größten im Suchen =
2. ferner in der Selbstzerstörung =
Er sucht unbewußt, sich zu zerstören.

$$\left. \begin{aligned} d &= +! \quad \Sigma 9! \\ s &= \text{--!} \quad \Sigma 2! \end{aligned} \right\}$$

V. *Faktorenverband* der Sucht:

Im Profil 7 =

$$\frac{s \quad e \quad hy \quad k \quad p \quad d \quad m}{\text{--!!} \quad \underline{0 \quad 0 \quad 0 \quad 0} \quad +! \quad \pm}$$

Totaler Verlust der Mitte

In diesem Profil finden wir das Symptom

- a) der Selbstzerstörung =
b) des totalen Verlustes der Mitte =
c) der Sucht des Suchens =

$$\frac{\quad \quad \quad s = \text{--!!}}{e \quad hy \quad k \quad p} \\ \frac{0 \quad 0 \quad 0 \quad 0}{d = +!!}$$

d) der Bindungsambivalenz =

e) des Lustprinzips =

$$\begin{array}{ccc} m = \pm & & \\ \hline p & d & m \\ \hline 0 & +! & \pm \end{array}$$

Ein einziges Profil dieser Art genügt, um die unheilbare Suchtkrankheit experimentell zu diagnostizieren. In dieser klassischen Form meldet sich aber die Sucht selten. Doch liefert unser Patient den Suchtfaktorenverband in folgenden Variationen:

	s	e	by	k	p	d	m
Profil 2 =	±	0	0	—	+	+	—
Profil 8 =	—	0	0	—	+	+!!	—
Profil 4 =	±	0	0	—	0	+!	±
Profil 10, 3 =	±	0	—	0	0	+!!	—
Profil 5 =	±	0	±	—	0	+	—

VI. Die «süchtige» *Mitte* wurde schon erwähnt.

Totaler Verlust der Mitte. Profil 7 =

Partieller Verlust der Mitte:

Profil 3, 10 =

Profil 4 =

Profil 2, 8 =

e	by	k	p
0	0	0	0
0	—	0	0
0	0	—	0
0	0	—	+

Unser Trinker gibt demnach das Zeichen des Verlustes der Mitte in *sechs* von zehn Profilen. Er ist also ein schwer Süchtiger.

VII. Besondere *Ichabwehr*:

1. Kampf gegen die Besessenheit, Profile 1, 2, 8 =

$$Sch = - +$$

2. Verdrängung, Profile 4, 5, 6, 9 =

$$Sch = - 0$$

3. Auflösung, Desintegration des Ichs, Profile 3, 7, 10 =

$$Sch = 0 0$$

In folgenden Profilen kommt der Kampf gegen das Lustprinzip zum Vorschein =

Profil 1 =

Profil 4 =

Profil 9 =

k	p	d	m
—	+	+	±
—	0	+!	±
—	0	+!	±

Lustprinzip

Im Profil 7 gibt er sich in Ohnmacht des Ichs der Lust hin =

k	p	d	m
0	0	+!	±

VIII. Besondere *Kontaktstörungen*:

1. Bindungsambivalenz, Profile 1, 4, 7, 9 =

$$C = +! \pm$$

2. Untreues, süchtiges Suchen, Profile 2, 3, 5, 6, 8, 10 =

$$C = + -$$

$$C = +! -$$

$$C = +!! -$$

IX. Besondere *Sexualreaktionen*:

1. Bisexualität, Profil 6 =

$$S = \pm \pm$$

2. Ambivalenz in der Männlichkeit, Profile 2, 3, 4, 5, 9, 10 =

$$S = + \pm$$

3. Masochismus, Selbstzerstörung, Profil 7 =

$$S = + -!!$$

X. Besondere *Affektstörungen*:

1. Totale Affektentladung, Desintegration des Affektlebens, Profile 2, 4, 7, 8 =

$$P = 0 0$$

2. Sensitive Beziehungsangst, Profile 1, 3, 6, 9, 10 =

$$P = 0 -$$

3. Lamentationsdrang, Profil 5 =

$$P = 0 \pm$$

XI. Die *psychopathische Trias* ist bei diesem Trunksüchtigen klassisch vertreten durch

1. Übermacht des Lustprinzips

Siehe Rubrik VII

2. Verlust der Mitte =

Siehe Rubrik VI

3. Quadriäquivalenz der Triebventile =

Siehe Rubrik I

Auf Grund dieser Syndromanalyse ist die Diagnose *Psychopathie mit Sucht* zweifellos auch experimentell feststellbar.

Fall 38. 45jähriger Büroleiter. Trunksucht

Der Patient suchte mich mit der Bitte auf, ihn vorübergehend zu internieren. Als Ursache gab er an: er sei ein Dipsomaner, soeben nach einer schweren Verhandlung aus Schweden nach Budapest zurückgekehrt und beginne wieder zu trinken. Statt die Anamnese zu erzählen, übergab er mir eine Kopie der Begutachtung durch den Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik zu Budapest, aus dem wir folgendes erfahren:

«Patient war immer verschlossener Natur. Für sein Sexualeben ist charakteristisch ein starkes *Inferioritätsgefühl*. Er suchte immer *handicapierete Frauen*. In seinem Beruf hat er sich als ausgezeichnete Arbeitskraft ausgewiesen. Im Laufe seiner Tätigkeit hielt er sich meistens im Ausland auf und begann dort während einer Periode angespanntester Arbeitsleistung als Stimulanz zu trinken (1930). Seitdem trank er immer öfters, eher allein; in Gesellschaft nur bei Anlässen, welche mit *Lampenfieber* verbunden waren, wie *erste Begegnungen beruflicher oder gesellschaftlicher Natur*. Er trank hauptsächlich 45prozentigen puren Gin; anfangs einen Deziliter, aber im Jahre 1933 steigerte er seine Tagesquote bereits auf *anderthalb Liter*. Im Jahre 1937 war er zwei Monate abstinent. 1938 empfand er nach dem Anfangsstadium keine Euphorie mehr. 1939 neuerliche Entziehung nach Rückfall. Hierauf vier Entziehungskuren, nach dem hierauf folgenden Rückfall wurde er auf unsere Klinik gebracht. Nach seiner Entlassung blieb er in ambulanter Behandlung, konnte aber trotzdem nicht dauernd abstinent bleiben.

Anlässlich seiner früheren Aufenthalte in der Klinik ergab die Untersuchung der Leberfunktion regelmäßig erhöhtes Vorkommen von Serumcholesterin (260–400 mg). Zurzeit ist in den Gehirnnerven in bezug auf motorische Reflexe und sensorische Sphäre keine krankhafte Veränderung aufzuweisen. Psychisch: zurzeit beschwerdefrei. In seinem Beruf leistet er intensive und erfolgreiche Arbeit. Er beklagt sich weder über Beklemmungszustände, Appetitlosigkeit noch über pathologischen Stimmungswechsel. In Übereinstimmung mit seinen früheren Befunden erklärt er, daß er unabhängig von seinen Lebensumständen von Zeit zu Zeit einem Gefühl der *Unsicherheit und Beklemmung* unterliege. *Zu solchen Zeiten vermindert sich seine berufliche Arbeitsleistung*, welche sonst sein Leben vollkommen ausfüllt, in reziprokem Verhältnis zu seinem Gefühlsleben. Es beschäftigen ihn sexuelle und gesellschaftliche Probleme mit stark narzistischer Färbung. Sein Minderwertigkeitsgefühl überkompensierend, versucht er unbedingt in einer Rolle zu erscheinen, welche geeignet ist, seine Vollwertigkeit vor sich selbst zu beweisen. Während seiner Beklemmung quält ihn immer stärker die Vorstellung, daß, wenn er trinken könnte, dieses Unlustgefühl behoben würde. Schließlich, nach einem Kampf von einem oder mehreren Tagen, beginnt er zu trinken und ist unfähig, nach der ersten Dosis aufzuhören. In unsere Klinik ist er zwangsweise eingeliefert worden. Nach Ablauf seiner Intoxikation zeigte sich ein Zustand depressiver Unsicherheit. Der Alkohollunger jedoch verschwand total. Während seiner Nachbehandlung zeigt er gegenüber seinen behandelnden Ärzten einen stark affektiv akzentuierten Rapport, dieser vermindert sich jedoch bei Auftreten seiner Beklemmungszustände, unabhängig von äußeren Gegebenheiten.

Gutachten: Aus dem Obigen geht hervor, daß bei dem Patienten anlässlich seiner 16fachen Behandlung auf unserer Klinik eine anhaltende Instinktabweichung, und zwar die des sog. *Narkomanhangers*, wahrzunehmen war. Es handelt sich demnach um eine Persönlichkeit, welche sich einerseits durch die Überempfindlichkeit gegenüber negativ gefärbten Erlebnisimpressionen, andererseits durch verminderte Resistenz gegenüber dem Mißbrauch von Betäubungsmitteln emaniert. Die Disproportion der Faktoren des Trieb- und Willenslebens und die qualitativen Störungen derselben geben sich im Krankheitsbild der *Dipsomanie*, in diesem Fall präziser *Toxiko-Pseudodipsomanie*, kund, weswegen der Patient auch zurzeit noch in unserer Behandlung und unter ständiger psychiatrischer Kontrolle steht. . . »

Aus der Familiengeschichte. Vater: Großindustrieller, phantasievoller Kaufmann, aber willensschwach. Mutter: narzistisch, unerträglich *gefühlskalt*, konnte nie den Kindern *Wärme und Zärtlichkeit* geben.

Geschwister: Ein Bruder Pfarrer, egozentrisch, narzistisch wie die Mutter. Eine Schwester Künstlerin, willensschwach. In der mütterlichen Familie fanden wir eine Tante mit *Verfolgungswahn* und einen *Selbstmörder*.

Über seine Sexualität ergänzt später Proband seine Angaben in der Klinik: Er behauptet, er sei *impotent* und doch könne er ohne Frauen nicht leben. *Die Trunkegefahr stellt sich bei ihm stets dann ein, wenn er von der Frau nicht angenommen wird*. Oft sucht er sich die häßlichsten Mädchen aus, teils um nicht zurückgewiesen zu werden, teils auch aus dem Drang, eine arme, verlassene Seele zu beglücken.

Patient ist scharmant, sehr gebildet, spricht viele Sprachen und hat ein tiefes Interesse für Psychologie und im besonderen für die der Sucht. Während seines Aufenthaltes in der Klinik machte er eine «wissenschaftliche Arbeit» über «Alkoholismus als neurotischer *modus operandi*», in der er eine Analyse seiner eigenen Trunksucht gab. Die wichtigsten Behauptungen dieser Selbstdarstellung geben wir wörtlich wieder:

«Weshalb wurde gerade der Alkoholismus als Neurosenform gewählt?

Der Alkoholismus als neurotischer *modus vivendi* erweist sich zuerst und zunächst als dankbares Mittel, weil:

der Alkohol im ersten Stadium durch seinen Einfluß auf die Nervenzentren der Großhirnrinde ungefähr all das gibt, was die hungernden Insuffizienzgefühle des Patienten verlangen und all das Peinige nimmt, worunter die neurotische Persönlichkeit leidet.

Er nimmt das Lampenfieber, weil er durch Herabminderung der Selbstkritik dem Patienten die sonst fehlende Selbstsicherheit verleiht, und verhilft ihm eben durch die Funktionsspannung der betreffenden Nervenzentren, die sonst gegebenen Hemmungen mit Leichtigkeit zu überwinden und so den *autosuggestiven Kontakt zur Umwelt herzustellen*. Im Stadium der gesteigerten Euphorie erlebt der Neurotiker die *Realisierung seiner unterdrückten – durch Geltungsbedürfnis und Anerkennung bedingten – Wunschträume*. Dies vollzieht sich nun auf allen Gebieten des beruflichen, sozialen und sexuellen Lebens.

Beruflich: Der Schwerpunkt im Berufsleben des Patienten liegt *auf den persönlichen Verbindungen*, im besonderen zu Beginn des ‚Vorgestellt-Werdens‘, welches fast immer mit Lampenfieber verbunden ist, weil durch negative Selbstkritik jedwedes Sicherheitsgefühl untergraben ist. Der Kontakt mit dem Verhandlungspartner ist in der alkoholisch leicht korrumpierten Vorstellungswelt des Patienten natürlich rascher und inniger etabliert als sonst. Die Schwierigkeiten, welche das zu behandelnde Thema *in concreto* bildet, werden durch den etwas ‚Beschwignen‘ weder so scharf gesehen noch als unüberwindlich registriert. Hierzu kommt, daß durch die Einwirkung des Alkohols im ersten Stadium zweifellos eine schärfere Apperzeption und raschere Assoziation eintreten, wodurch die Überbrückung der eventuell gegensätzlichen Standpunkte mitunter durch eine intuitiv ‚kurzschlüssigere‘ Art möglich wird.

Sozial gelten wohl dieselben kontaktbestimmenden Faktoren.

In *sexueller* Hinsicht sind die durch schwere Unzulänglichkeitsgefühle vorhandenen Hemmungen durch das erste Wirkungsstadium des Alkohols eliminiert und außerdem – fast unabhängig vom effektiven Vorgang – die narzißtische Selbstbespiegelung ermöglicht. Hiedurch tritt an Stelle des demütigenden Inferioritätsgefühls die Illusion der extremen Erfüllung und – solange die Wirkung des ‚Maja-Alkohols‘ andauert – prävaliert die überkompensativ entstandene Überzeugung vom eigenen Männlichkeitswert.

Die Dipsomanie als Zwangsvorstellung – sobald sie als selbständiges Krankheitsbild in Erscheinung tritt – eröffnet die weiten Gefilde des Nebenkriegsschauplatzes. Neben den bekannten Vorteilen der Zwangsneurose ist noch wichtig, daß *der Zwang statt des Willens regiert* und der Patient durch eine *vis major* sowohl der Verantwortung enthoben ist wie auch die ständige Legitimation vor sich und der Umwelt hat: ‚Wie weit hätte ich es erst ohne diese lästige Krankheit gebracht...‘. Die hunderterlei Varianten der im Verlauf der Dipsomanie auftretenden psycho-physischen Korrelationen liefern eine ebenso große Anzahl von neurotischen Abwehrwaffen in die Hände des Patienten, dem zumal in jeder Lebenslage die entspannende, zögernde ‚Attitude‘ gesichert bleibt.

Therapeutische Konklusion: Diese ist schwer, denn der Neurotiker verteidigt zwar erbittert seine Neurose, gibt aber notgedrungen die oben benützte Neurosenform auf, um eine andere zu wählen, resp. sein gefährdetes Selbstgefühl zu retten. Sein Grundverhalten bleibt wohl neurotisch.

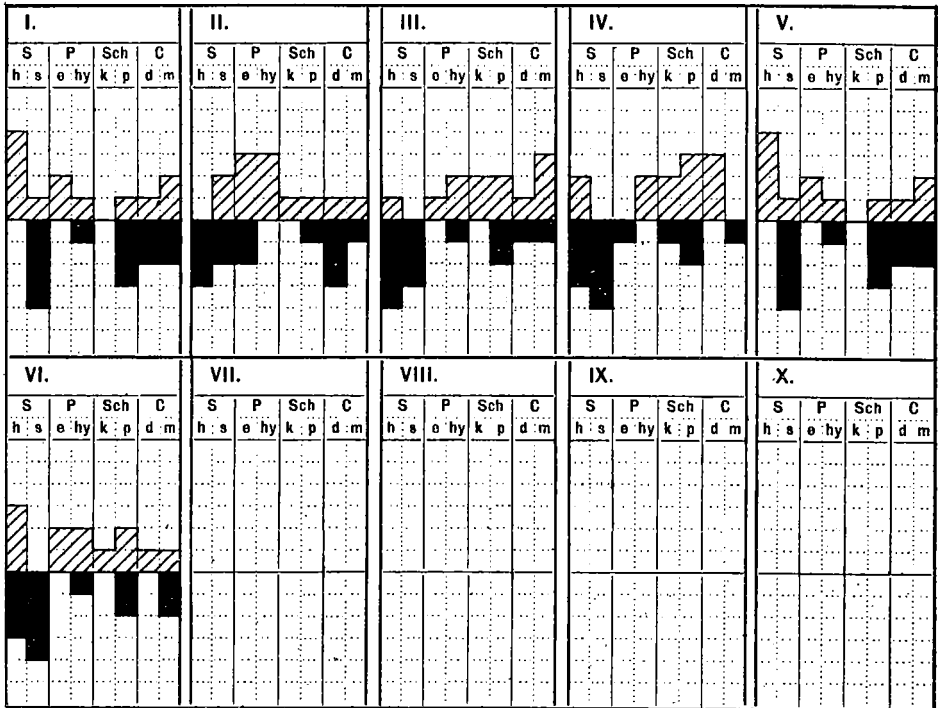
Bei Zerstörung der in diesem Fall gegebenen pseudodipsomanischen Konstruktion genügt, darauf hinzuweisen, daß der Alkohol – wenn auch nach einem noch so ausgeklügelten Programm dosiert – nicht nur ein ‚erstes Stadium‘ hat und daß das zweite Stadium (wenn die die Euphorie erzeugende Wirkung aufhört resp. in schwere Störungen des Sprech-, Gleichgewichts- und Gehvermögens übergeht) geeignet ist, die anfänglich günstigen Impressionen nicht nur auszulöschen, sondern ins Gegenteil zu verwandeln.

Dem Zwangsfaktor dieses Dynamismus ist erfahrungsgemäß am besten beizukommen durch konsequente Unterstreichung der unausbleiblichen unlustbetonten Folgeerscheinungen des Alkoholgebrauches. Der lustbetonten Vorstellung der Abbremsungsabsicht des Patienten ist entgegenzuhalten, daß *schon der erste Schritt* – nämlich auch die erste, schon die Willenskraft hemmende Dosis – *den Mechanismus auslöst*, welcher das Abrollen des Filmes ‚Intoxikation‘ startet. Ein Film, in welchem der Patient weder Dramaturg noch Regisseur sein kann, sondern bloß ein zum Spielen seiner lamentablen Rolle Verurteilter ist.»

Zu dieser Selbstanalyse eines Süchtigen kann der Fachmann wenig Neues hinzufügen.

Während seines Aufenthaltes in der Klinik wurden folgende sechs Triebprofile aufgenommen:

Szondi-Test
Blatt mit zehn Triebprofilen



1946		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	0 u. \pm
4.I.	I.	+	-	+	0	0	-	-	\pm	2	1	3
26.I.	II.	-	\pm	\pm	+	0	0	-	0	3	2	5
28.I.	III.	-	-	0	+	+	\pm	0	+	2	1	3
31.I.	IV.	\pm	-	0	+	+	\pm	+	0	2	2	4
4.II.	V.	+	-	+	0	0	-	-	\pm	2	1	3
5.II.	VI.	\pm	-	+	+	0	\pm	0	-	2	2	4
	VII.											
	VIII.											
	IX.											
	X.											
Σ	0	0	0	2	2	4	1	2	2	13		
Σ	\pm	2	1	1	0	0	3	0	2		9	
T. sp. G.		2	1	3	2	4	4	2	4			22
Latenzgrösse		S = .1		P = .1		Sch = 0		C = .2				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{13}{9} = 1.4$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$m_{4}^{0\pm}; k_{4}^{0}; p_{4}^{\pm(0)}; e_{3}^{0\pm}$
Submanifeste bzw. sublatente:	$h_{2}^{+-}; hy_{2}^{+}; d_{2}^{-+};$
Wurzel-Faktoren:	S_{1}^{-}

3. Latenzproportionen:

$$\frac{Cd-}{2} : \frac{Ss-!}{1} : \frac{Phy+}{1} : \frac{Sch}{0}$$

4. Triebklasse:

Cd- quadriaequal

Abb. 55. Fall 38. Trinker. 45-jähriger Büroleiter

Syndromanalyse

A. Syndrome der Psychopathie

- I. Das Syndrom des Lustprinzips =
 1. mit Bejahung, Profil 3 =
 Profil 4 =
 2. mit Aufgabe des Ichs und mit Inzestliebe, Profil 2 =

Testologisch:

<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
+	±	0	+
+	±	+	0
0	0	—	0

Inzest

- II. *Verlust der Mitte* =
 1. Verlust der inneren Mitte, Profile 1, 5 =
 2. Verlust des Ichs, Profil 2 =
 3. Positive, schwache Mitte, Profile 3, 4 =
 Profil 6 =

<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
+	0	0	—
±	+	0	0
0	+	+	±
+	+	0	±

4. Quadriäqualität der Triebnotventile =

$$\frac{Cd- : Ss-! : Phy+ : Sch}{2 : 1 : 1 : 0}$$

Auf Grund dieser Symptomtrias ist Patient kein Neurotiker, wie er sich in seiner Selbstdarstellung nennt, sondern ein *schwerer Psychopath*. (Vgl. die «neurotische Mitte», die bei der Differentialdiagnose eine ausschlaggebende Rolle spielt.)

B. Suchtsyndrome

Für die Diagnose «Trunksucht» oder einfach «Sucht» sprechen:

- I. In der *Triebformel* führen

1. folgende Symptomreaktionen =

Das heißt:

$$m^0 \pm, k^0, p^{\pm(0)}, e^0 \pm$$

- a) *anfallartig auftretende orale Sucht* =

$$k^0 \text{ 4mal in 6 Profilen}$$

- b) ohne Stellungnahme =

$$p = \pm$$

- c) bei einem weiblichen Manne, der sich verlassen fühlt =

2. Für Sucht spricht auch der *Wurzelfaktor*, die Selbstzerstörung in den Profilen 1, 4, 5 und 6 =

$$s = -!$$

- II. Besondere *Suchttriebsgefahren* =

1. Inzestuöse Bindung, Profile 1, 2, 5 =

$$C = - \pm; C = - 0$$

2. *Der Drang nach der infantilen Dualunion*, Profile 1, 5 =

$$Sch = 0 -$$

Diese zwei *Triebgefahren* zeigen klar, daß bei dem Probanden die Sucht eine Ersatzlösung für die *veruntreute Dualunion* darstellt. Er hat mit 45 Jahren noch den Wunsch, wie ein Kleinkind mit der Mutter oder deren Ersatzperson in einer unzertrennlichen Doppereinheit zu leben.

3. Er will von einer Frau als Dualpartner angenommen werden, Profil 3 =

$$C = 0 +, Sch = + \pm$$

4. Er sucht diese Frau, Profil 4 =

$$C = + 0, Sch = + \pm$$

- findet sie aber nicht. Ein Beweis des Mißerfolges ist:

5. die *haltlose Bindung an die Welt*, Profil 6 =

$$Sch = 0 \pm, C = 0 -$$

- Sie ist die Folge dessen, daß er die Dualunion mit einer Frau doch nicht herstellen kann. Er wird ein Lusthascher =

$$C = 0 -$$

6. Für die Suchtgefahr spricht natürlich der erwähnte Selbstzerstörungsdrang, Profile 1, 4, 5, 6 =

$$s = -!$$

7. *Triebüberdruck* nur in der Selbstsabotage =

$$s = -! \Sigma 4!$$

- III. Der klassische *Faktorenverband* der Sucht erscheint:

1. im Profil 4 =
 im Profil 6 =

<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
-!	0	+	+	±	+	0
-!	+	+	0	±	0	-

2. Die zweite Variation des Suchtsyndroms in Form einer Inzestdualunion mit Phobie in den Profilen 1, 5 =

<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
-!	+	0	0	—	—	±

Phobie

Dualunion

Inzest

Diesen Faktorenverband der Sucht müssen wir als die tiefste Fixation auf der Stufe der Inzestdualunion auffassen. Dieser unbewußte Anspruch, der sich in jedem Ich-Du-Verhältnis meldet, verursacht diejenige Phobie, die der Proband in seiner Selbstdarstellung als «Lampenfieber» in Gesellschaft, als Verbindungsangst, die Selbstsicherheit zu verlieren, als *Kontaktphobie* zur Welt dargestellt hat.

- IV. Der Verlust der Mitte wurde bereits erwähnt. Patient verliert leicht die wichtigsten Bremsen seines Zensursystems, Profile 1, 5 = $\frac{e}{0} \quad \frac{by}{0}$
 oder aber bejahen diese Zensoren alle Ansprüche, Profile 3, 4, 2, 6 = $\left. \begin{array}{cc} 0 & + \\ \pm & + \\ + & + \end{array} \right\}$

Zusammenfassend läßt sich über den triebpsychologischen Vorgang, der den Mann bis zum Abgrund der Sucht führte, folgendes sagen:

Der 45jährige Mann kann nur in einer Ich-Du-Verbindung leben, welche so ist wie die erste, frühkindliche Dualunion mit der Mutter. Die Mutter aber hat zu früh dieses Dualverhältnis abgebrochen, einfach weil sie eine narzißtische Egoistin und keine Mutter war. Die Phase der Dualunion wurde dem Unglücklichen veruntreut. Da er aber *de genere* ein Kontaktpsychopath war, d. h. ein Mensch mit einer abnormalen Anlage bezüglich des dualen Kontaktes, ist ihm in den 45 Jahren – trotz unzählbaren Versuchen – die Bildung einer Ersatzdualunion nie gelungen. *Er revoltiert aber gegen das Schicksal, ohne Dualunion, allein leben zu müssen und berauscht sich, um mit den Menschen überhaupt in eine Verbindung treten zu können.* So wird und bleibt er ein Dipsomane.

*

Im Fall 2 gaben wir ein Beispiel für die Haltlosigkeit in Form von *Kleptomanie*. In diesem Fall sichern folgende Syndrome die experimentelle Diagnose: Haltlose Psychopathie.

I. Die Monotonie der Wahlhandlungen spricht für eine zwanghafte Suchtanlage.

1. Proband gibt in zehn Profilen siebenmal das haltlose Kontaktbild =
2. achtmal das Ichbild der Verlassenheit und Weiblichkeit =
3. neunmal das undifferenzierte Mann-Weib-Bild im Sexus =
4. Er liefert fast genau so viele Ambivalenzreaktionen wie Nullreaktionen =

$$\begin{array}{l} C = 0 \text{ —} \\ Sch = 0 \text{ } \pm \\ S = \pm \text{ } + \\ \Sigma 0 \quad 29 \\ \bar{\Sigma} \pm = 28 = 1,0 \end{array}$$

II. Die *psychopathische Trias*

1. Das *Lustprinzip* ohne jegliche Stellungnahme ist in den Profilen 1, 2 vertreten =
in Profil 3 =
2. Verlust der innersten Mitte in den Profilen 3, 5, 6, 9, 10 =
3. Das Symptom der *Tri-Quadri-Äquivalität* der Klassen zeigt er nicht. Dagegen spricht die biäquale Triebklasse mit der Führung von den Klassen: Ss^+, Cm^-

k	p	d	m
0	\pm	0	0
0	+	0	\pm
by		k	
0		0	

$$\frac{Ss^+ : Cm^- : Phy : Schp}{9 : 7 : 2 : 1}$$

selbst für die aggressive haltlose Psychopathie.

III. Für die *Stehlsucht* sprechen:

1. der maßlose Erwerbungsdrang in allen Profilen =
2. die ethische Ambivalenz in den Profilen 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 =

$$\begin{array}{l} d = 0 \\ e = \pm (0) \end{array}$$

3. der Wunsch, sich zu vergrößern. Profile 3, 4 =
in den andern Profilen Inflation mit Projektion =
4. das Lustprinzip in den Profilen 1, 2, 3 =

$$\begin{array}{l} Sch = 0 + \\ Sch = - + \\ Sch = 0 \pm \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} Sch = 0 + \\ Sch = - + \\ Sch = 0 \pm \end{array}} \right\}$$

k	p	d	m
0	\pm	0	0
0	+	0	\pm

Er liefert demnach das beschriebene Kleptomansyndrom in einer Variation, bei der statt $e = 0$: $e = \pm$, statt $k = -$: $k = 0$ steht.
Die Schwere seiner Stehlsucht prägt sich in der zwanghaften Monotonie aus.

Fall 39. 55jähriger Gynäkologe. Morphinist

Patient lebt in den Vereinigten Staaten, wohin sein Vater vor etwa 60 Jahren aus Deutschland ausgewandert ist. Hat eine gute Praxis als Geburtshelfer.

Vater war ein religiöser Methodist, der sich aus eigenen Kräften vom einfachen Arbeiter zum Fabrikanten und Millionär heraufgearbeitet hat. Noch mit 70 Jahren war er tatkräftig und unternehmungslustig. Ein realistischer Mensch mit einem Willen aus Eisenbeton.

Mutter träumerisch, unreal; hat eine derjenigen des Vaters entgegengesetzte Natur; ist weltfremd, verschlossen, introvertiert und *kann sich sogar den eigenen drei Kindern nicht hingeben*. Hatte gar keine Beziehung, weder zu dem Mann, noch zu den Kindern, noch zu irgendeiner Person der Umwelt. Sie ist in ihrem narzißtischen Ichkerker völlig verpanzert.

Bruder und Schwester wurden mit dem Probanden von Nuren erzogen, hatten mit der Mutter nie irgendeine Verbindung. Patient lebt 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 nicht gestillt und lutschte bis zum siebenten Jahr*. Mit dieser Lutschsucht beginnt sein süchtiges Schicksal. Denn die zweite Lusthandlung, die Onanie, wurde ebenfalls exzessiv getrieben und erreichte allmählich die unbezwingbare Stärke einer Sucht. Dieser Onaniesucht frönt er noch heute, und die bringt ihn oft in die Verzweiflung. *In der Pubertät wollte er eine Frau und kein Mann sein*. Er identifizierte sich völlig mit Mutter und Schwester, *haßt alles, was männlich-aktiv, realistisch-positivistisch ist*.

Er onaniert 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 onaniert 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 denkt er an die Unterröcke seiner Mutter, aber die blieben für ihn stets tabu. *Die weibliche Unterhose wird sein Fetisch*, den er seither zur sexuellen Erregung nicht entbehren kann. Zu dieser Zeit quälten ihn Todesängste. Oft hat er Angst, die Mutter könnte sterben. Er wird Arzt, Gynäkologe, da er sich nur in Damengesellschaft wohlfinde. Männer interessieren ihn gar nicht.

Er heiratet zweimal. Die erste Frau war so wie sein Vater: energisch, tatkräftig. Die Ehe ging nicht, da die Frau seinen Fetischismus nicht ertrug. Die zweite Frau ist zärtlich-verstehend, mild wie seine Schwester; diese Frau liebt er sehr. Beide Ehen blieben kinderlos.

Die Narkomanie begann zur Zeit der ersten Ehe, in der er sehr unglücklich war und so zur Onanie mit dem Unterhosenfetisch zurückkehren mußte. Dieser Rückfall deprimierte ihn, und in seiner Verzweiflung, daß seine Frau ihn, so wie er ist, nicht annehmen konnte, griff er zur Spritze. Als dann die Narkomanie ihn arbeitsunfähig machte, zog er sich in eine Klinik zurück, in der er sehr rasch wieder entwöhnt wurde. In die Praxis zurückkehrend, fällt er aber sehr bald wieder dem Morphium zum Opfer. Er muß sich jährlich zwei-, dreimal einer Entwöhnungskur unterwerfen.

Die Narkomanie beginnt mit einer Depression, die stets der Ausschweifung in der Fetisch-onanie folgt. Er lebt in einem Wirbel, aus dem er nicht mehr hinauszuschwimmen vermag. Er verläßt die USA, kommt nach Europa und beginnt eine Psychoanalyse. Er ist sich dessen bewußt, daß er eine erbgemäße Suchtanlage hat. Er faßt selbst das protrahierte Lutschen, die Onanie, den Fetischismus als verschiedene Manifestationen dieser Suchtkrankheit auf. In der Analyse wird er sich dessen bewußt, daß er latent homosexuell ist, daß er unbewußt stets eine Frau sein will und im Sexus von dem Partner stets als Frau und nie als Mann angenommen werden

will. Eben diesen Wunsch, *als Frau angenommen zu werden*, konnte er nie befriedigen. Deshalb mußte er 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 Damenhosenfabrik 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 wählt 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 gegen die Süchtigkeit waren sehr positiv. Allmählich blieben aber die Briefe aus. Wir vermuten, daß die Sublimation doch nicht gelungen ist.

Abbildung 56 stellt die erste Zehnerserie zu Anfang der Analyse dar.

Syndromanalyse

I. Die *Psychopathie* des Probanden wird auf Grund der experimentellen Trias bestätigt.

1. Proband gibt das *Lustprinzipsyndrom neunmal* in 10 Profilen in folgenden Variationen:

- Profile 1, 3, 5, 6, 7, 8 =
- Profil 4 =
- Profil 10 =
- Profil 9 =

Auf der rechten Seite des Triebprofils dominiert demnach das Lustprinzip und daher die Suchtanlage.

2. Die *Schwäche der Mitte* kommt relativ weniger stark als das Lustsyndrom zum Vorschein.

So in dem Profil 4 =

Profil 10 =

Zumeist dominiert die Schuld- und Strafangst.

a) Schuldbewußtsein,

Profile 2, 3, 6, 7, 9 =

b) Phobie, Profil 5 =

Die *asoziale Mitte* wird sichtbar im Profil 8 =

Dieses atypische Verhalten in der Mitte ist dadurch begründet, daß Patient ja ein Arzt ist, der sich seine Suchtschuld bewußtgemacht hat und nach Heilung strebt. Trotzdem fehlt zweimal die Zensur (in den Profilen 4 und 10).

3. Die *Triebklasse Cd+* ist fast triäqual, auch ein Hinweis auf die haltlose Psychopathie.

II. Analyse der Suchtsymptome

1. *Selbsterstörung* oder Wendung des Sadismus gegen die eigene Person in allen zehn Profilen =

2. Paroxysmale Affektentladung in den Profilen 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10 =

3. Entladung des Geltungsdranges in den Profilen 1, 4, 5 =

4. Die Stellungnahme fehlt völlig in den Profilen 4, 10 =

achtmal ist sie eine entwertende =

und zwar eine Entwertung seiner eigenen Person =

Profile 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 =

Da Proband spontan eine Entwöhnungskur anstrebt, kann man die negative Stellungnahme auch auf das Lustprinzip beziehen. In diesem Sinne bedeutet sie dann den Wunsch, auf die Lust verzichten zu können.

5. Der Drang, sich des Partners als Frau zu bemächtigen oder völlig in ihm einzuschmelzen, ist in allen Profilen sichtbar =

Testologisch:

<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
+	+	±
±	+	±
±	+	+
+	0	±

<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
—	0	0	±
0	—	0	±

<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
0	—	—	+
+	0	—	+
—	—	—	+

$Cd^+ : Phy^- : Ss^- : Sch$
 $7 : 4 : 2 : 0$

s = —

e = 0

hy = 0

k = 0

k = —

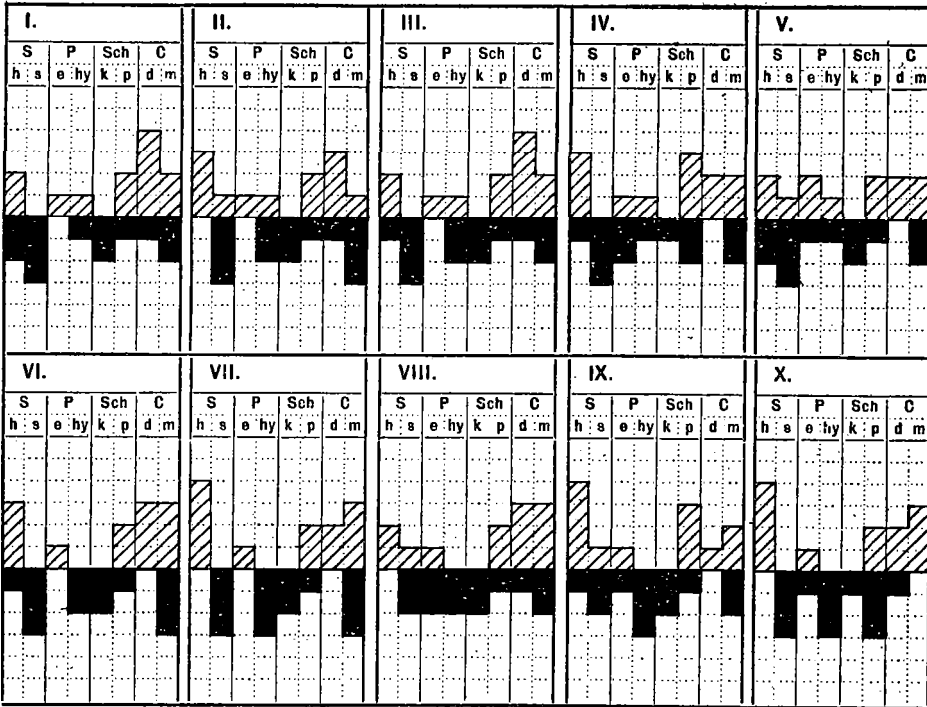
{ *s* = —

{ *k* = —

<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
—	+	+	+

Vernichtung der Lust

p = +



1947	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
25.VIII	I. $\pm -$	0 0	- +	+! \pm	2	2	4
	II. $+ -$	0 -	- +	+ -	1	0	1
	III. $+ -$	0 -	- +	+! \pm	1	1	2
	IV. $+ -$	- 0	0 \pm	+ \pm	2	2	4
	V. $\pm -$	+ 0	- +	+ \pm	1	2	3
	VI. $+ -$	0 -	- +	+ \pm	1	1	2
	VII. $+!$	0 -	- +	+ \pm	1	1	2
	VIII. $+ -$	- -	- +	+ \pm	0	1	1
	IX. $+!$	0 -	- +	0 \pm	2	1	3
	X. $+!$	0 -	0 \pm	+ +	2	1	3
Σ 0	0 0	7 3	2 0	1 0	13		
Σ \pm	2 0	0 0	0 2	0 8		12	
T. sp. G.	2 0	7 3	2 2	1 8			25
Latenzgrösse	S = .2	P = .4	Sch = 0	C = .7			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{13}{12} = 1.0$

2. Triebformel:

Symptomatische:	m_8^+ ; e_7^0
Submanifeste bzw. sublatente:	hy_3^- ; h_2^+ ; k_2^- ; p_2^+
Wurzel-Faktoren:	d_1^+ ; s_0^-

3. Latenzproportionen:

$$\frac{Cd^+}{7} : \frac{Phy^-}{4} : \frac{Ss^-}{2} : \frac{Sch}{0}$$

4. Triebklasse:

Cd^+ triaequal

Abb. 56. Fall 39. Morphinist, Fetischist (Transvestit). 55-jähriger Gynäkologe

Zweimal entpuppt sich sogar der Wunsch, man möchte ihn als Frau annehmen; Profile 4 und 10 =

Aber eben dieser Anspruch macht seine Bindung an den Partner unsicher =

6. Das wichtigste Symptom in dem Faktorenverband der Sucht, ewig auf der Suche nach Annahme zu sein =
ist in neun Aufnahmen sichtbar.

7. Der Akzeptationswunsch ist zumeist ambivalent: Er will als Frau angenommen werden =

Aber gleichzeitig will er diesen Wunsch auch loswerden =

Proband liefert demnach fast in allen Profilen den klassischen Faktorenverband der Sucht.

III. Analyse des Syndroms der *latenten Homosexualität*

1. Das Syndrom der Homosexualität ist in den Profilen 4 und 10 klassisch vorhanden =

2. In den anderen acht Profilen ist die Homosexualität verneint =
Die Bestandteile der homosexuellen Triebstruktur sind aber doch im Vordergrund.

So a) die Triebzielinversion, Profile 1 bis 10 =

b) die sensitive Beziehungsangst, Profile 2, 3, 6, 7, 9, 10 =

In allen Profilen ist sichtbar:

c) das weibliche Ich =

d) und die biobjektive Bindung in reiner oder ambivalenter Form =

$$Sch = 0 \pm$$

$$m = \pm$$

$$d = + \text{ oder } +!$$

$$p = +, \pm, m = +$$

$$m = -$$

$$s = -$$

$$by = - \text{ od. } 0$$

$$k = 0$$

$$p = \pm$$

$$d = +$$

$$m = + \text{ od. } \pm$$

$$k = -$$

$$S = + -, S = +! -$$

$$S = \pm -$$

$$P = 0 -$$

$$p = + \text{ oder } \pm$$

$$C = + + \}$$

$$C = + \pm \}$$

Auf Grund der führenden Klasse Cd^+ könnte man an eine Depression denken. Sie ist in der Tat vorhanden. Ihr Ursprung aber ist nicht die nämliche wie bei einer Melancholie. Gegen die zirkuläre Genese der Depression spricht 1. das Fehlen der Introjektion ($k = +$); 2. das Ichbild: $Sch = - +, 0 \pm$ (bei der Melancholie finden wir ja das entgegengesetzte Ichbild der Introjektion: $Sch = + -$).

Auf Grund der Testergebnisse müssen wir die Diagnose *Sucht auf Grund einer latenten Homosexualität* annehmen.

*

Der Fall ist aus mehreren Gründen triebpsychologisch lehrreich:

1. Er demonstriert, daß die Sucht schon im frühesten Kindesalter beginnt und daß sich mit den Jahren nur die Wahl des Suchtobjektes verändert.

2. Die Reihenfolge: Lutschtsucht, Onaniesucht, Fetischsucht, Narkomanie (oder Trunksucht) ist eine «natürliche» Wandlung des Suchtobjektes mit den Jahren.

3. Die innige Beziehung zwischen Perversion (Inversion) und Sucht kommt in diesem Fall klar zum Ausdruck (v. GEBSATTEL).

4. Der Fall ist ferner ein Musterbeispiel für die Richtigkeit der Annahme, daß der Süchtige daran erkrankt, daß er vom Dualpartner nicht so angenommen wird, wie er eben ist. Dieser Gynäkologe will eben als Frau in der Dualunion angenommen werden; daher die Wahl des weiblichen Unterhosenfetischs. Seine Qualen stammen daher, daß er von der Frau als Frau nicht angenommen wird. Und weil er

als Frau, die er seelisch eigentlich ist, nicht akzeptiert wurde, kann er sich selbst nicht annehmen. Er entwertet und zerstört sich selbst.

Der Mann könnte ein einfacher Hosenfetischist bleiben, wenn man ihn *als solchen* angenommen hätte; er wird süchtig, weil er eben von dem inneren Drang besessen ist, nur als Frau angenommen zu werden, und er wurde zurückgewiesen. Dieser besondere Akzeptationsdrang zwingt ihn, über die Grenzen des Fetischismus hinauszutreten und zu einem Suchtmittel zu greifen. So wird er nebst einem Fetischisten auch Morphinist.

5. Der Fall demonstriert in einer auffallenden Weise die schicksalbedingende Folge des Ausfalles des Stillens von seiten der Mutter. Die Phase des Stillens an der Mutterbrust ist die erste und wichtigste Dualunion im Leben des Lebewesens. In der Dualunion des Stillens ist dem Lebewesen die Möglichkeit gegeben, seine physiologischen dualunionistischen Triebbedürfnisse *zu rechter Zeit und urförmig* zu befriedigen. Fällt diese natürliche Phase der Dualunion aus, so kann unter Umständen – eben bei psychopathisch veranlagten Individuen – der unbefriedigte Dualunionsdrang später oder früher in Form von Sucht als Bedürfnis nach einer permanenten Prothese erscheinen. Schon aus diesem Grunde ist es die Aufgabe der Psychohygiene, sich *für das langdauernde Stillen des Säuglings* seitens der Mutter energisch einzusetzen.

6. Der Fall demonstriert die schicksalbedingende Rolle der Ad-hoc-Introjektion in der *Komplexbildung*. *Komplexe kommen durch Ad-hoc-Introjektionen zustande und werden erst nachher verdrängt.*

Kapitel X

SYNDROMATIK DER NEUROSEN

I. Allgemeines über die Neurosenfrage

Der Ausdruck *Neurose* ist etwa 175 Jahre alt. Er soll Ende des 18. Jahrhunderts von dem schottischen Arzte *Cullen* (1776) geprägt worden sein^{1,2}.

Aus den Wandlungen des Neurosenbegriffes läßt sich die Geschichte der Neurosenlehre leicht rekonstruieren.

Das Referat *BUMKES* (erstattet auf der 15. Jahresversammlung des Vereins deutscher Nervenärzte in Kassel 1925) zeigt, welche Bedeutungsverschiebung das Wort «Neurose» im Laufe der Entwicklung erfahren hat und wie der ursprünglich somatologische Begriff zu einem psychologischen geworden ist. Dieser Übergang war kein plötzlicher. Seitdem der schottische Arzt *CULLEN* das erstmal das Wort «Neurose» gebraucht hatte, gab es viele heftige Diskussionen über den Inhalt dieses Begriffes zwischen den Schulen somatologischer und psychologischer Richtung. In den vierziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts umfaßte der Neurosenbegriff noch beinahe alle Erkrankungen des peripheren Nervensystems, des Rückenmarks und des Gehirns, so auch Tabes und Paralyse. Als man unter der Wirkung der Reflexlehre von *M. HALL* und *CH. BELL* von *Reflexneurosen* zu sprechen anfang, engte sich zwar der Umfang

¹ *BUMKE, O.*: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatric. Springer, Berlin 1928. S. 56.

² *BRUN, R.*: Allgemeine Neurosenlehre. Basel, Benno Schwabe. 1. Aufl. S. 5.

des Neurosenbegriffes ein, der Widerstand der somatologischen Richtung war jedoch noch nicht durchbrochen. Von den siebziger Jahren an wurde der Begriff des Wortes «Neurose» strenger denn je im Sinne der Somatologie gefaßt. In dieser Zeit verstand man auf Grund der Auffassung von VIRCHOW, NISSL und ERB unter Neurose diejenigen Störungen, deren pathologisch-anatomische Grundlage *noch nicht* aufgeklärt war. Daraus ergab sich dann, daß nicht nur die Hysterie, sondern auch einzelne vasomotorische Störungen, wie die Epilepsie, ferner die Katalapsie, Tremor, Paralysis agitans und Chorea zu den Neurosen gerechnet wurden, somit Erkrankungen, von denen wir heute schon wissen, daß sie teils oder gänzlich an Störungen des striopallidären Systems gebundene Syndrome aufweisen.

Merkwürdigerweise entstand in der Neurosenlehre gerade zu dieser Zeit eine *psychologische* Richtung. Sie wurde damals von CHARCOT, JANET, LIÉBEAUX, BERNHEIM, FOREL, STRÜMPPELL, MOEBIUS, WESTPHAL und BINSWANGER vertreten. Ihr Verdienst ist es, daß die psychologische Richtung bereits in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ihren Platz in der Neurosenlehre endgültig eingenommen hat.

Doch versuchte BEARD mit einem kühnen Schritt 1880 die Entwicklung der Neurosenlehre wieder in die *somatologische* Richtung zu lenken. Er ging in bezug auf die Pathogenese ziemlich weit und erblickte die Hauptursache der Neurasthenie ausschließlich in der Lebensweise, die die moderne Zivilisation mit sich gebracht hat. «Diese Behauptung hat vorübergehend alles verschüttet, was über Konstitution und Vererbung, über die seelische Verursachung und die feinere Struktur psychisch abnormer Persönlichkeiten und was schließlich gerade über die Psychotherapie der funktionellen Neurosen an Kenntnissen gerade damals zu entstehen begann.» (O. BUMKE.) Die Reaktion auf die Lehre von BEARD machte sich bald fühlbar sowohl hinsichtlich der klinischen Einteilung der Neurosen als auch der Auffassung über ihren Ursprung. Zwei Jahrzehnte nach dem Auftreten von BEARD erschien die Lehre über die Neurosen bereits wieder umgestaltet. Um diese Zeit tritt JANETS Psychasthenie in den Vordergrund. Kurz darauf (1907) werden die Neurosen von CHARCOT und RAYMOND klinisch in drei Gruppen geteilt, und zwar in Hysterie, Hypochondrie und Neurasthenie¹. Die Reaktion auf die Lehren von BEARD hat also die psychologische Orientierung wieder in Herrschaft gesetzt. Diese Richtung erzielte ihren höchsten Erfolg durch die Psychoanalyse FREUDS.

Den ganzen damaligen Komplex der Neurosenfrage hat FREUD am Psychoanalytischen Kongreß zu München (1913) in zwei Problemkreise gegliedert².

1. Warum und wieso kann ein Mensch an einer Neurose erkranken? Das ist *die Frage der Pathogenese der Neurose*.

2. Warum muß diese und jene Person gerade an einer bestimmten Neurose und nicht an einer anderen erkranken? Dies ist *das Problem der Neurosenwahl*.

Die Frage der Pathogenese wurde von FREUD folgendermaßen erörtert: «Das Problem, warum und wieso ein Mensch an einer Neurose erkranken kann, gehört gewiß zu jenen, die von der Psychoanalyse beantwortet werden sollen.» Er fügt aber hinzu, daß die Neurosen von der Zusammenwirkung konstitutioneller und akzidenteller Krankheitsfaktoren herrühren, während die Neurosenwahl nur von der Natur der Dispositionen abhängt und von den pathogen wirkenden Erlebnissen unabhängig ist. Am selben Kongreß hat FREUD auch die Grenzen der Psychoanalyse und der Konstitutionsanalyse genau angegeben, indem er sagte: «Bei der Frage, welche Faktoren solche Störungen der Entwicklung hervorrufen können, macht aber die psychoanalytische Arbeit halt und überläßt dies Problem der biologischen Forschung³.»

Während die von FREUD wieder lebendig gestaltete und auf neue Bahnen gelenkte psychologische Richtung sowohl in den Auffassungen von dem Ursprung der Neurosen als auch in deren Behandlung immer größeren Raum gewinnt, «finden wir unter all diesen psychologischen Wellen dauernd noch eine somatologische Unterströmung, und auch diese müssen wir schon deshalb verfolgen, weil sie schließlich in der Gestalt der modernen Konstitutionslehre wieder an die Oberfläche gelangt» (BUMKE)⁴. In seinem Kasseler Referat fragte BUMKE: «Warum will denn die somatologische Betrachtungsweise trotz aller psychologischen Einstellung so gar nicht verschwinden? Und: Können denn somatologische und psychologische Anschauungen nicht nebeneinander bestehen? Ich glaube, sie könnten es schon, aber es ist eine Bedingung dabei: wir müssen dann ganz bestimmte Voraussetzungen über das *Wesen der funktionellen Störungen* machen.» BUMKE meint: «Auch das Wort 'funktionell' war bisher immer nur eine Art von Fragezeichen gewesen. Gewiß, an seelische oder nervöse Krankheiten ohne körperliche Korrelate glaubt auch heute kein Mensch. Aber an etwas anderes glauben wir: an gradweise Abweichungen, nicht sowohl der Struktur als der Funktion des Nervengewebes, an rein

¹ BUMKE, O.: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie, S. 62/63.

² FREUD, S.: Studien zur Psychoanalyse der Neurosen aus den Jahren 1913–1925. Internat. Ps.-A.-Verlag, 1926. S. 3.

³ FREUD, S.: Ebenda S. 4.

⁴ BUMKE, O.: Ebenda S. 62–63.

quantitative Anomalien, die genau so Spielarten der gesunden *physischen* Anlage bedeuten, wie ihnen seelisch Varianten des normalen *psychischen* Verhaltens entsprechen. Das ist es, was *wir* unter funktionellen Störungen verstehen, und sie setzen wir auch bei den Psychoneurosen voraus.» Deshalb meinte BUMKE, daß auch bei funktionellen Neurosen nach der näheren Natur des somatischen Hintergrundes geforscht werden muß. Die somatische Abweichung aber, gleichgültig, ob sie dynamischer oder chemisch-hormonaler Natur ist, wird sich nach BUMKE immer nur als *quantitative* und nicht als qualitative Abweichung von den normalen Verhältnissen auswirken.

Unter der Wirkung der verschiedenen Betrachtungsweisen setzten in der Neurosenlehre Revisionsbestrebungen in drei Richtungen ein:

1. *Die psychoanalytische Richtung:* Es werden die seelische Situation, in welcher das Individuum zu einem Neurotiker wird, die Erkrankungsanlässe und die neurotischen Symptome vom analytischen Standpunkt aus betrachtet.

2. *Die Richtung der neuro-endokrinen Lokalisation:* Sie sucht im Nervensystem der Neurotiker die materielle Grundlage, deren quantitativ und elektiv veränderte Funktion zur klinischen Erscheinung der Neurosen führen dürfte.

3. *Die Richtung der Erbbiologie.* Wir haben 1936 die Konfrontation dieser drei Richtungen durchgeführt¹. Die Endergebnisse dieser Konfrontation entsprechen völlig der heutigen Auffassung der Sch.-A. Deshalb geben wir sie mit einigen Ergänzungen im folgenden wieder.

1. Die Neurosenfrage im Lichte der Psychoanalyse

«Die Neurosenlehre ist für die praktische Psychoanalyse das, was die Pathologie für die klinische Medizin ist. Deshalb wurde die Neurosenlehre zum relativ am weitesten ausgebauten Stück der psychoanalytischen Psychologie.» (O. FENICHEL.)

Nach der Psychoanalyse ist ein Mensch gesund, wenn er seine Triebansprüche mit den Erfordernissen seines Ichs in Harmonie bringen kann, so daß durch die Befriedigung jener Ansprüche weder innere noch äußere Konflikte heraufbeschworen werden (NUNBERG). Der Mensch wird neurotisch, wenn sein Triebleben mit dem Über-Ich (mit dem Ichideal) in Konflikt gerät. Einer der beiden Partner des Konfliktes ist der unbefriedigte sexuelle Trieb, und zwar seine Energie, die Libido. Der andere Partner ist das Über-Ich, das in der psychischen Organisation des Individuums die Rolle des Staatsanwaltes spielt und der intrapsychische Vertreter der triebfeindlichen Umwelt ist. In dem Konflikt, der zur Neurose führt, ist also die unterdrückende Macht das Über-Ich, die unterdrückt die Libido. Hat das zur Neurose veranlagte Individuum einen sexuellen Wunsch, dessen Befriedigung jedoch entweder von der triebfeindlichen Umwelt oder von deren intrapsychischem Vertreter, dem Über-Ich, abgelehnt wird, so schlägt die Libido unter der Wirkung dieses gelegentlichen Traumas den Weg der Regression ein und ist genötigt, die verweigerte Wunschbefriedigung auf einer primitiveren Organisationsstufe und an Objekten zu suchen, an welche sie einst stark fixiert war, welche jedoch das fortschreitende Triebleben später hinter sich gelassen hat. Wo findet nun die Libido jene Fixierungen, die sie zum Durchbruch der Verdrängungen braucht?² «Im infantilen Sexualleben», antwortet FREUD.

Nach der Psychoanalyse müssen wir uns das Sexualleben des Kindes als zweischichtig vorstellen. Die eine Schicht bewahrt die infantilen Erlebnisse, die andere die prähistorischen Anlagen. Die infantilen Erlebnisse häufen sich im Laufe der Ontogenese auf. Die prähistorischen Anlagen rühren von den Ahnen her. In der Disposition durch Libidofixierung haben sich also außer den infantilen Erlebnissen auch die Nachwirkungen der Erbanlagen von den Vorfahren abgelagert. Die Libidofixierungen der Erwachsenen bilden nach der Psychoanalyse jenen Faktor in der Ätiologie der Neurosen, welcher in zwei Momente gegliedert werden kann: 1. *ererbte*

¹ SZONDI, L.: Der Neurotiker im Lichte der psychoanalytischen, neuro-endokrinen und erbpathologischen Forschungen. Schweiz. Arch. f. N. u. Ps., Bd. XXXVII, Heft 2, S. 313-334.

² FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Allgemeine Neurosenlehre. 1917. S. 418/419 und 423. FENICHEL, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. London 1946.

Bei der *Regression* strebt das Individuum nach der Versagung der reifen Liebesbedürftigkeit den infantilen Strebungen (Sadismus; Analität usw.) nach.

Der Konflikt zwischen dem Ich und den Strebungen der Phantasiewelt oder denen der Regression ist unvermeidlich und führt zu neurotischen Symptombildungen. In diesen Fällen erkrankt also die Person infolge der Veränderung in der Außenwelt; an die Stelle der Befriedigung tritt die Versagung.

Ad II. Bei dem zweiten Erkrankungsanlaß erkrankt die Person an den Bemühungen, die Realforderung der Außenwelt zu erfüllen, also an den Anpassungsversuchen an die Realität, die aber auf unüberwindliche innere Widerstände stoßen.

«Beim ersten Typus», schreibt FREUD, «drängt sich eine Veränderung in der Außenwelt vor, beim zweiten fällt der Akzent auf eine innere Veränderung¹.» Im ersten Fall ist das krankmachende Moment ein Erlebnis, im zweiten ein Entwicklungsvorgang. Im ersten Fall muß das Individuum auf die Befriedigung verzichten, und die Widerstandsunfähigkeit macht es neurotisch. Im zweiten Fall erkrankt die Person an ihrer Starrheit, also an der Unfähigkeit, die Befriedigungsobjekte zu vertauschen. So zum Beispiel sollte das Beharren an der Masturbation, die starke Bindung an das Inzestobjekt, die Starrheit der ehelichen Treue mit der Wahl anderer Liebesobjekte vertauscht werden. Die Person ist aber unfähig, sich zu verändern und wird durch den Konflikt neurotisch.

Ad III. Die dritte Form der neurotischen Erkrankungsanlässe ist diejenige Entwicklungshemmung, die eigentlich eine Übertreibung der Erkrankung an der Realforderung darstellt. In diesen Fällen hat die Libido die infantilen Fixierungen niemals verlassen. Während bei dem zweiten Typus die Realforderung der Anpassung an die ganz oder teilweise gereifte Person plötzlich herantritt, wird bei dem dritten Anlaßtypus der Konflikt durch den «Tatbestand des Alterwerdens» selbst gegeben. Die Entwicklungshemmung macht die Person zur Anpassung an die Realität unfähig.

Ad IV. In den kritischen Phasen des Lebensalters (Pubertät, Menopause) können sich auch bei bisher völlig gesunden Personen die Libidoquantitäten über alle Maßen steigern. Die Person, die bisher fähig war, eine gewisse Triebmenge ohne Schwierigkeit urförmig zu verwenden oder zu sublimieren, erkrankt in den kritischen Jahren daran, daß das Ich die Steigerung der Libido nicht zu bewältigen vermag.

Dieser Anlaß, neurotisch zu erkranken, ist im Einklang mit zwei wichtigen Sätzen der Ps.-A. Erstens mit der These, daß die Neurosen aus dem Konflikt zwischen dem Ich und der Libido entspringen; zweitens mit dem Satz, daß *die gesunde Person mit den nämlichen Aufgaben der Triebbewältigung zu kämpfen hat wie der Neurotiker*. Zwischen den Bedingungen der Gesundheit und denen der Neurose bestehen nach FREUD keine qualitativen, sondern nur quantitative Unterschiede.

Die vier Erkrankungstypen sind in reiner Form fast nie, in vermischter Form dagegen stets anzutreffen. «Ich finde vielmehr», schreibt FREUD, «bei jedem ein Stück der Versagung wirksam neben einem Anteil von Unfähigkeit, sich der Realforderung anzupassen; der Gesichtspunkt der Entwicklungshemmung, die ja mit der Starrheit der Fixierungen zusammenfällt, kommt bei allen in Betracht, und die Bedeutung der Libidoquantität dürfen wir niemals vernachlässigen².» Die Pathologie, meint FREUD, konnte der Frage der Krankheitsveranlassung bei den Neurosen nicht gerecht werden, solange sie sich bloß um die Entscheidung bemühte, ob diese Affektionen endogener oder exogener Natur seien.

Darum gab die Ps.-A. den unfruchtbaren Gegensatz von äußeren und inneren Momenten, von Schicksal und Konstitution auf. Die Ps.-A. findet die Verursachung der neurotischen Erkrankungen regelmäßig in einer bestimmten Situation, welche auf verschiedenen Wegen hergestellt werden kann.

Es wäre dennoch falsch zu glauben, daß FREUD in der Pathogenese der Neurosen den konstitutionellen Faktor *theoretisch* völlig verneint habe. Die Schriften aus den Jahren 1928–33 beweisen das Gegenteil³. Er schreibt folgendes:

«Die Erwartung, alles Neurotische heilen zu können, ist mir der Abkunft verdächtig von jenem Laienglauben, daß die Neurosen etwas ganz Überflüssiges sind, was überhaupt kein Recht hat zu existieren. *In Wahrheit sind sie schwere,*

¹ FREUD, S.: Bd. V, S. 403.

² Ebenda S. 407. Im Triebexperiment können wir die Steigerung der Triebmengen durch die Quantumspannungen (!) leicht sichtbar machen.

³ FREUD, S.: Neue Folge der Vorlesungen. Ges. Schr., Bd. XII, S. 313 ff. (Von mir hervorgehoben.)

konstitutionell fixierte Affektionen, die sich selten auf einige Ausbrüche beschränken, meist über lange Lebensperioden oder das ganze Leben anhalten. Die analytische Erfahrung, daß man sie weitgehend beeinflussen kann, wenn man sich der historischen Krankheitsanlässe und der akzidentellen Hilfsmomente bemächtigt, hat uns veranlaßt, den konstitutionellen Faktor in der therapeutischen Praxis zu vernachlässigen; wir können ihm ja auch nichts anhaben; in der Theorie sollten wir seiner immer gedenken.»

Die psychoanalytische Aufteilung der Neurosen

I. Aktualneurosen:

1. Neurasthenie,
2. Angstneurose.

Das primäre krankmachende Moment wird bei den Aktualneurosen nach BRUN nicht innerhalb der Psyche, sondern in den vegetativen Hirnzentren gesucht¹.

II. Übertragungsneurosen (= Psychoneurosen):

1. Zwangsneurose,
2. Hysterie bzw. Konversionshysterie,
3. Phobie.

Die primären Störungen fußen auf dem Boden unbewußter Triebkonflikte. Während bei den Aktualneurosen vegetative Störungen (wie Störungen des Vasomotoriums, toxische Ermüdungsstoffe usw.) die primären Momente in der Entstehung der Neurose darstellen, ist bei den Übertragungsneurosen das seelische Moment ausschlaggebend. Die Störungen des vegetativen oder animalen Nervensystems (Lähmungen) sind bei den Übertragungsneurosen sekundärer Natur und Folge der Abwehr des unbewußten Ichs.

III. Narzisstische Affektionen:

1. Melancholie,
2. Schizophrenie.

Hier besteht das krankmachende Moment darin, daß die Person nach Objektverlust die Libidomenge, mit welcher sie das Außenobjekt besetzt hat, in das eigene Ich zurückzieht. So entsteht eine Libidoregression auf die infantile Stufe des Primärnarzißmus.

Die Aufteilung der Neurosen nach FREUD weist demnach zwei Merkzeichen auf.

Erstens werden die Neurosen auf Grund der verschiedenen Schicksale der Libido gruppiert. Zweitens sieht FREUD in den Psychosen – Melancholie und Schizophrenie – auch «nur» ein besonderes Schicksal der Libido, nämlich die narzisstische Regression. Vom Gesichtspunkte der Ps.-A. aus gibt es zwischen Neurosen und Psychosen keinen anderen Unterschied als den des Libidoschicksals. (Siehe später die Erörterungen über die Wesensunterschiede zwischen Neurose und Psychose.)

¹ BRUN, R.: Allgemeine Neurosenlehre. 1. Aufl. S. 13 ff.

2. Die Neurosenfrage im Lichte der neuro-endokrinen Lokalisation

Folgende Fragen werden gestellt:

Erstens: Was für somatische Hintergründe sind bis jetzt in der Lehre von der neuro-endokrinen Lokalisation überhaupt herausgestellt worden?

Zweitens: Ist das Substrat, das den Neurosen zugrunde liegt, bei den verschiedenen Neurosen gleich oder verschieden? Dies ist die Frage der neuro-endokrinen Elektivität der Neurosen.

Betrachten wir zunächst die erste Frage.

BUMKE glaubte die materielle Grundlage der Neurosen in den quantitativen Abweichungen der Funktion des Nervensystems und der innersekretorischen Drüsen zu finden. Er meinte, daß man hinter den Neurosen – vor allem den neurasthenischen Reaktionen – eher die quantitativen Störungen des endokrinen Systems als die der zerebralen Funktionen suchen soll. Die Aussicht auf eine genauere Erforschung der materiellen Substrate der Neurosen ist jedoch nach ihm gering.

STERTZ nimmt für die neurasthenischen Reaktionen eine Beteiligung des Hirnstammes an. KEHRER will die ererbte materielle Grundlage der Neurosen im System der Lebenstriebte finden. Dies erhellt aus seiner Bestimmung der Neurosen: Reaktionen, die auf Anlagen beruhen und die durch Konflikte mit den Forderungen der Kultur ausgelöst werden bei Individuen, die gerade – oder vor allem – im System der Lebensinstinkte eigentümliche ererbte Anlagen aufweisen.

Was den Lokalisationsbestrebungen in der Neurosenlehre eine bestimmtere Richtung gegeben hat, war die epidemische Enzephalitis. Auf Grund der klinischen und pathologisch-anatomischen Analyse der Enzephalitis glaubten nun die Forscher, daß zwei zirkumskripte Hirnregionen die biologische Grundlage der Neurosen bilden können. Und zwar: 1. *das Extrapyramidium*, also *das striopallidäre System*, und 2. *der Hypothalamus*, also das Zentrum aller vegetativen, innersekretorischen und affektiven Trieb- und Antriebstätigkeit.

Seitdem FOERSTER und GIERLICH aus den striären Bewegungsstörungen auf phylo- und ontogenetisch ältere Mechanismen geschlossen haben, ging eine ganze Reihe von Forschern auf dieser Spur, die in heuristischer Hinsicht fruchtbar erschien, weiter, und man wollte in den verschiedenen neurotischen Syndromen die Auswirkung phylogenetisch und ontogenetisch älterer Reflexapparate und archaischer Organisationen erblicken und aufzeigen. Es verbreitet sich immer mehr die Auffassung, daß für die neurotische Menschenvariation eine pathologische Fixierung an bestimmte motorische, vasomotorische, vegetative, endokrine und affektiv-emotionelle Reflexformen charakteristisch ist, die in der aktuellen Lebenslage der Kranken unangemessene, inadäquate Reaktionen darstellt, aber natürlich gewesen sein dürfte in jener Lebenssituation der Phylo- und Ontogenese, in welcher gerade die hemmungslose Tätigkeit des zerebralen Apparates die der damaligen Peristase entsprechende, adäquate Lebensfunktion bedeutet hat.

Unter der Wirkung dieser Überlegungen kommt ein neues Wort in der Neurosenlehre auf, das nunmehr genau angibt, auf welche Teile des Gehirns sich die Lokalisationsbestrebungen richten. Dieses Wort ist: *Striatumneurose*. Der Begriff rührt von SAHLI her, praktische Bedeutung erlangte er in der Neurosenlehre durch die Arbeiten von C. und O. VOGT, P. SCHILDER, SEEMANN und Verfasser.

Das materielle Substrat der Hysterie wird von C. und O. VOGT in der Hypoplasie des striären Systems gesucht. Aus der angeborenen Minderwertigkeit dieses Systems erklärt man die unter der Wirkung pathogener Faktoren eintretenden, pathologisch veränderten Ausdrucksbewegungen der Hysteriker. KROLL meint, daß *nicht das Wesen, sondern nur die Symptome der Hysterie striären Ursprungs seien*. Doch entwickelt er den Gedanken von C. und O. VOGT weiter und sagt folgendes: «Wir dürfen vielleicht noch weiter gehen und für einen Teil von typischen hysterischen Anfällen, welche bei sonst ‚organisch gesunden‘ Menschen auftreten und namentlich mit einem bedeutenden psychischen Trauma zusammenhängen, ebenfalls daran denken, daß infolge der durch den Schock hervorgerufenen Umschaltungen funktionelle Verschiebungen auch in dem extrapyramidalen System auftreten. Besonders kann davon die Rede sein, wenn in dem hysterischen Anfall primitive, phylogenetisch alte Mechanismen in Erscheinung treten, welche KRETSCHMER als *Totstellung*, *Immobilisation* einerseits oder als *Bewegungsturm* anderseits beschrieben hat... Während die Läsionen des striopallidären Systems weder ein hystericähnliches noch ein schizophrenicähnliches *psychisches* Bild schaffen, obwohl die *motorischen* Erscheinungen an Hysterie resp. Schizophrenie erinnern können, kann sowohl die Hysterie als auch die Katatonie ‚organische‘ Symptome von striopallidärem Charakter bieten. Psychischer Reiz, namentlich solcher, der für das Leben resp. für das Geschlecht von verhäng-

nisvoller Bedeutung *ist* resp. sein *kann*, verursacht eine Enthemmung extrapyramidaler Bewegungsautomatismen und vegetativer Mechanismen, deren phylogenetisch alte biologische Bedeutung in einer Sicherung des Organismus oder seiner Teile besteht. . . » Die Entfesselung dieser Mechanismen beruht folglich in solchen Fällen mindestens auf Kombination eines ‚psychogenen‘ Faktors mit ‚Hypoplasie‘ des striären Systems nach C. und O. Vogt¹.»

Den Begriff der Striatumneurose übernimmt 1924 P. SCHILDER und wendet ihn für das Stottern an. Zur selben Auffassung bekennt sich auch O. FOERSTER, der als erster die strio-pallidären Bewegungsstörungen mit den Sprach- und anderweitigen Bewegungsstörungen der Stotterer in Beziehung gesetzt hat.

*

Die enge Verbindung zwischen dem strio-pallidären System und dem Hypothalamus veranlaßte uns, Störungen der zentralen vegetativen Nervenregulation bei Neurotikern zu suchen. Unter den Neurosen sind es hauptsächlich die Neurasthenie und das Stottern, bei denen wir den funktionellen Infantilismus der vegetativen Hirnzentren in eigenen Untersuchungen auf exaktem Wege nachweisen konnten.

In der Monographie «Revision der Neurastheniefrage²» (1930) suchten wir die biologische Grundlage der neurasthenischen Syndrome durch Untersuchungen der zentralen vegetativen Nervenreflexe – vor allem der alimentären Blutzuckerreaktion – festzustellen.

Aus unseren erbbiologischen Untersuchungen erhellt, daß den zwei klinisch verschiedenen Formenkreisen der neurasthenischen Typen zwei ganz gegensätzliche Erbböden und zwei in ihrem Genotypus verschiedene Menschenvariationen entsprechen³. Der eine Hauptgenotypus ist die *apathisch-asthenische Konstitution*, nach deren biologischer Grundlage wir auf experimentellem Wege geforscht und dieselbe in der Störung der vegetativ-endokrinen zentralen Regulierung oder, genauer, in einer *ererbten Schwäche des Sympathikus-Nebennieren-Systems* gefunden haben. Auf dieser biologischen Basis entwickelt sich unter der Wirkung der verschiedensten akzidentellen (peristatischen) Faktoren das apathisch-asthenische Neurastheniesyndrom.

Der zweite Genotypus ist die *irritativ-pykische Konstitution*, deren biologische Grundlage nach unseren Untersuchungen ebenfalls in der quantitativen Störung der Tätigkeit der vegetativ-endokrinen Zentren (des Hypothalamus), und zwar genauer in der *ererbten Überfunktion des Sympathikus-Nebennieren-Systems* besteht. Aus dieser ererbten vegetativ-endokrinen Störung geht beim Vorhandensein gegebener äußerer oder innerer Faktoren das klinische Bild des irritativ-pykischen Neurastheniesyndroms hervor. Diese zwei Formenkreise der neurasthenischen Typen unterscheiden sich also nur in der ererbten Konstitution, während die gelegentlichen auslösenden Ursachen die gleichen sein können. Jedes neurasthenische Syndrom ist eine Resultante konstitutioneller und akzidenteller Faktoren, aber die Form der neurasthenischen Reaktion wird ausschließlich durch die ererbte Konstitution des vegetativ-endokrinen Systems entschieden.

Nicht die individuellen Erlebnisse, sondern die individuell verschiedenen ererbten, vegetativ-endokrinen Organisationen entscheiden, *welche* neurasthenische Form das Individuum «wählen» wird.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Revision der Neurastheniefrage war der Nachweis, daß nicht nur bei der Neurasthenie, sondern auch bei den übrigen Neurosenarten gerade die Funktion der höchsten vegetativ-endokrinen Organisation (Trib- und Antriebsregulation), kurz, die Tätigkeit des Hypothalamus, quantitativ von der Norm abweicht, und zwar ist diese Abweichung bei den verschiedenen Neurosen biotopisch-elektiv verschieden. Zur Klärung dieser Frage haben wir 1931 eine experimentelle Arbeit eingeleitet, deren Aufgabe war, nach dem biologischen Hintergrund der übrigen Neurosen zu forschen. Wir nahmen diese Untersuchungen zunächst an *Stottern* vor. Wir stellten 1931 das *hypothalamo-extrapyramidale Syndrom* auf und faßten das neurotische Syndrom als eine «funktionelle» Erscheinungsform dieses Syndroms auf. Zwei Arten des Auftretens der Symptome hoben wir für das hypothalamo-extrapyramidale Syndrom als charakteristisch hervor: 1. *das paroxysmale Auftreten*, 2. *die Dissoziation*. Die Paroxysmen erstrecken sich auf das Benehmen, die Bewegungskoordination, die Wärmeregulierung, das Vasomotorium, den Blutdruck, die Schwankungen der Pulsfrequenz, den Gewichts- und Wasserhaushalt, die Zuckermobilisation, die Schweißabsonderung, die Veränderungen des Blutbildes, den Eiweißgehalt im Harn usw. Die Dissoziationen resp. die Zerfallsprozesse manifestieren sich einerseits in den einzelnen vegetativen Funktionen des Individuums, andererseits in bestimmten psychisch gesteuerten Leistungen wie Sprache, Schreiben, Verbindung zwischen Sprache und Gedanke, Verbindung zwischen den Reizen und den affektiven Reaktionen. Die typischen Bewegungs-, Sprachbewegungs-, vegetativen und affektiv-emotionellen Paroxysmen sowie die Dissoziationserscheinungen in der Symptomgruppe des

¹ KROLL: Die neuropathologischen Syndrome. Springer, Berlin, S. 373.

² SZONDI, L.: Revision der Neurastheniefrage. Novak-Kochler, Budapest-Leipzig 1930.

³ Vgl. die späteren Erörterungen: Die Neurosen im Lichte der Erbpathologie.

Stottern haben uns veranlaßt, das Stottern als eine charakteristische *funktionelle* Form des hypothalamo-extrapyramidalen Syndroms anzusehen.

Die Stotterer sind in ihrer vegetativ-endokrinen Organisation extreme Varianten. Aus der extrem atypischen vegetativ-endokrinen Organisation der Stotterer ist es verständlich, daß bei drei Vierteln von ihnen das Vasomotorium eine kapillarmikroskopisch nachweisbare Störung zeigt. Diese Störung ist genotypischen Ursprungs. *Die Stotterer sind in der Mehrheit also genotypisch Vasoneurotiker.* Der vegetative Infantilismus der Stotterer bezieht sich aber nicht nur auf die Zentren, die die Zirkulation regulieren; wir finden den ähnlichen Infantilismus resp. ähnliche Regulationsstörungen auf dem Gebiete der Blutzuckermobilisation, des Geschlechtslebens, des Wasserhaushaltes, der Schweißabsonderung und der übrigen Lebenserscheinungen des Stotterers. Unsere Feststellung erfuhr eine Bestätigung durch die Untersuchungen von M. SOVAK¹. Heute bekennt sich eine ganze Reihe von Forschern zu der Auffassung, daß das Stottern eine Neurose ist, deren biologische Grundlage die gestörte Funktion des hypothalamo-extrapyramidalen Systems ist. (O. FOERSTER, P. SCHILDER, SEEMANN, SARBO, NADOLECZNY usw.)

Wir wollen kurz noch die Frage betrachten, ob die verschiedenen Neurosen innerhalb des hypothalamo-extrapyramidalen Systems eine elektive Neurotopik haben. Von den bis heute bekannten Daten ausgehend, können wir diese Frage nicht mit voller Sicherheit beantworten. Für die elektive Neurotopik des neurasthenischen Syndroms erbrachten wir experimentelle Beweise, indem wir zeigten, daß die biologische Grundlage des apathisch-asthenischen Syndroms von der erbten Schwäche des Sympathikus-Nebennieren-Systems und die des irritativ-neurasthenischen Syndroms von der erbten Überfunktion desselben Systems gebildet wird. Unter den Trieb- und Antriebzentren des Hypothalamus sind es vorwiegend die Zentren für die Zuckermobilisation und für die Funktion der Nebenniere, deren ererbte und elektiv veränderte Tätigkeit die neurasthenischen Reaktionsformen hervorbringt.

Die biologische Grundlage des Stotternsyndroms wird von der quantitativ veränderten Funktion eines anderen, ebenfalls elektiven Teiles des hypothalamo-extrapyramidalen Systems gebildet. Wir konnten nachweisen, daß von den Lebenszentren des Hypothalamus die Störungen des Vasomotoriums, von den Zentren der endokrinen Organe hauptsächlich die Funktionsstörungen der Geschlechtsdrüsen, der Hypophyse, von den Funktionen des Extrapyramidiens hauptsächlich die Dystonie und Dyskinese der Sprachorgane und der zugehörigen Muskeln und zum Schluß der Zerfall des affektiv-emotionalen Lebens beim Stottern dominieren. Auf Grund dieser Tatsachen gilt also, daß das Stottern ebenfalls eine an eine elektiv-zirkumskripte Funktionsstörung des hypothalamo-extrapyramidalen Systems gebundene Neurose ist.

3. Die Neurosenfrage im Lichte der erbpathologischen Richtung

Die Rolle der Anlagen in der Entstehung der Neurosen wird sogar von den exponiertesten Anhängern der Psychogenität – so auch von FREUD – nicht geleugnet. Davon aber, was das Wort «Disposition» in der Entstehung der einzelnen Neurosen erbbiologisch wirklich bedeutet, wissen wir bis jetzt wenig. Man verlor sich in abstrakten, theoretischen Überlegungen darüber, was für Zusammenhänge zwischen neurotischer Konstitution und Lebenslage (Peristase) vorstellbar sind. Wer sich für diese Frage interessiert, möge die Erörterungen bei BIRNBAUM, KLEIST, FREUD, KEHRER und KRETSCHMER nachlesen. Das exakte erbbiologische Studium der Neurosenfrage ist auch durch den Umstand erschwert, daß die Psychopathie und einige Neurosen – so vor allem die Hysterie – in ihrer phänotypischen Manifestation kaum einheitlich bestimmbar sind. Die systematischen Familienforschungen und die erbstatistischen Methoden der neuesten Zeit (WEINBERG, RÜDIN, J. BAUER, B. ASCHNER, BERNSTEIN, LUXENBURGER, v. VERSCHUER) gestatten heute schon eine exaktere Formulierung der Probleme.

LUXENBURGER fand folgendes:

In den Familien von Schizophrenen sind Individuen mit schizoider Psychopathie, in der Verwandtschaft von zirkulären Geisteskranken zyklische Psychopathen und in der Verwandt-

¹ SOVAK, M.: Das vegetative Nervensystem bei Stotterern. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Jahrg. 69, H. 6, 1935.

schaft der Epileptiker sogenannte epileptoide Psychopathen am häufigsten anzutreffen. In der Geschwisterschaft von Paranoikern gibt es neben Paranoia und Schizophrenie viele paranoide und querulante Familienglieder (ECONOMO und HOFFMANN). Wir sehen also, daß in der Verwandtschaft der verschiedenen Geisteskranken ganz verschiedene Psychopathien gehäuft vorkommen.

Der Satz kann auch umgekehrt werden. Ganz andere Arten von Geisteskrankheiten und körperlichen Anomalien finden wir in der Verwandtschaft der verschiedenen Neurotiker.

In bezug auf die *Hysterie* hebt MEDOW hervor, daß er in den Familien der Hysteriker keinen Fall zirkulärer Geisteskrankheit gefunden habe. Er fand nur Schizophrenie. In mehr als der Hälfte der Fälle konnte er die direkte Vererbung der hysterischen Reaktionsform nachweisen.

KRAULIS¹ stellte exakte Familienforschungen von hysterischen Probanden an. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß unter den Geschwistern, Kindern, Eltern und Elterngeschwistern der Hysteriker auffallend viele Hysteriker zu finden sind. Überaus wichtig ist diejenige Feststellung von KRAULIS, wonach in der *Verwandtschaft von Hysterikern viele epileptische und kriminelle Individuen vorkommen*. In der Geschwisterschaft von Hysterikern fand KRAULIS 1,53% Epileptiker, also *fünfmal* so viel, wie LUXENBURGER in der Durchschnittspopulation (0,29%) feststellte. Diese Angabe von KRAULIS wird auch von LUXENBURGER bestätigt, der in der Geschwisterschaft von Hysterikern 1,1% Epilepsie konstatierte. *Diese Befunde weisen auf die enge erbbiologische Verwandtschaft zwischen Hysterie und Epilepsie hin.*

Die Erbverhältnisse der neurasthenischen Reaktionsform haben wir selbst am I. Internationalen Neurologischen Kongreß in Bern (1931) geschildert². Wir stellten die Frage, ob die apathisch-asthenischen Neurastheniker aus einem anderen Erbboden stammen als die irritativ-pyknischen. Unsere Untersuchungen umfaßten 89 neurasthenische Individuen und deren 1242 Köpfe zählende Verwandtschaft. Aus den Ergebnissen heben wir die folgenden hervor:

In der Sippschaft der Neurastheniker kommen ganz verschiedene Arten von Geisteskrankheiten, Neurosen, körperlichen Erkrankungen und Todesursachen vor, je nachdem, ob es sich um die Verwandtschaft eines apathisch-asthenischen oder eines irritativ-pyknischen Neurasthenikerprobanden handelt.

Die *apathisch-asthenischen Neurotiker* stammen aus einem Erbboden, der *Schizophrenie, schizoide Psychopathen*, Tuberkulose, Magen- und Darmlleiden und Anämiker liefert. Demgegenüber gehören die *irritativ-pyknischen Neurastheniker* in den Familienkreis der *zirkulären Geisteskrankheiten*, der kardiovaskulären Leiden, der Nieren- und Zuckerkrankheiten sowie der rheumatischen Erkrankungen.

Die «exogene neurasthenische Reaktion» von BUMKE stimmt klinisch weitgehend mit unserer apathisch-asthenischen Neurasthenieform überein. Die oben angeführten erbpathologischen Daten betreffend die Verwandtschaft des apathischen Neurasthenikers beweisen, daß auch die «neurasthenische Reaktion» in einem ganz bestimmten Erbboden verwurzelt ist. Die verschiedenen exogenen Faktoren (Krieg, Infektionskrankheit usw.) mögen wohl als auslösende Momente eine Rolle spielen, die klinische Erscheinungsform selbst ist jedoch spezifisch erbbedingt. Trotz den Bemühungen von BUMKE, STERTZ und E. BRAUN, die Möglichkeit einer neurasthenischen Reaktion *rein exogenen* Ursprungs darzutun, halten wir auf Grund der erbpathologischen Befunde an unserer bereits im Jahre 1930 mitgeteilten Auffassung fest.

M. GEBBING und M. WAGNER berichten über erbpathologische Daten von 871 Blutsverwandten von 25 Neurotikern. Auf Grund dieser Untersuchungen stellt auch CURTIUS fest, daß die schweren neurotischen Reaktionen von einem Erbboden herkommen, in welchem geistesranke, psychopathische und neurotische Individuen sowie solche von organischer Nervenerkrankung in großer Zahl auftreten.

In den Familien von *Zwangsneurotikern* fand LUXENBURGER viele psychopathische, sexuell abnorme, schizophrene und manisch-depressive Individuen.

Die Erbverhältnisse bei den Süchtigen (Morphinisten, Alkoholikern usw.) wurden von POHLISCH näher untersucht, wobei sich die Erbbedingtheit dieser Psychopathicform als wahrscheinlich herausstellte.

Unter den Neurosen ist erbbiologisch am besten durchforscht das *Stottern*. NADOLECZNY fand in seinen Untersuchungen, die sich auf 1000 erwachsene Stotterer erstreckten, 40% erbliche Belastung der Familie; bei stotternden Kindern konstatierte er dasselbe in 50% der Familien. V. SARBO stellte bei 62% der Stotterer allgemeine erbliche Belastung, bei 36% Stottern fest.

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

² SZONDI, L.: Konstitutionsanalytische Beiträge zur Revision der Neurastheniefrage. I. Internat. Neurolog. Kongreß, Bern 1931.

K. HELWIG und H. STAACK berichteten über Stottererstammbäume, die eine idio-type Vererbung zeigen. Wir stimmen NADOLECZNY bei, wenn er behauptet, die bis jetzt mitgeteilten «Belastungsstatistiken» betreffend das Stottern drückten nur in allgemeiner Form die Tatsache aus, daß die Vererbung beim Stottern eine wichtige Rolle spiele. Sie geben aber keine Auskunft darüber, an welche und wie viele Genfaktoren das Stottern gebunden sein dürfte. Deshalb haben wir uns 1930 die Aufgabe gestellt, mittels der systematischen Konstitutionsanalyse und Erbstatistik näher zu bestimmen, 1. wer die Stotterer sind, 2. wo sie herkommen und 3. welchem Erbgang das Stottern folgt. Schon in meinem ersten Referat am V. Kongreß der Internationalen Logopädischen und Phoniatischen Gesellschaft in Wien (1932) habe ich auf Grund der Untersuchung der aus 2349 Individuen bestehenden Blutsverwandtschaft von 100 Stotterern die Feststellungen gemacht: 1. Die Stotterer sind in ihrer vegetativen und endokrinen Trieborganisation extrem atypische Individuen; 2. *Epilepsie, Migräne und Stottern stehen in einer engen erbbiologischen Beziehung zueinander*¹. Unsere neueren Untersuchungen haben bezüglich der Abstammung der Stotterer noch folgendes zutage gefördert:

Der Stotterer ist ein Abkömmling teils stotternder, meistens aber epileptischer und migränekranker Vorfahren. Genverwand ist er ferner mit den linkshändigen protrahierten Enuretikern, Hypogenitalen und Kryptorchern, Asthmatikern (vielleicht auch mit Diabetikern) und vor allem den *Vasoneurotikern*. Der Stotterer ist also ein Abkömmling von Familien, denen eine erbliche Anlage anhaftet, hinsichtlich des vegetativen, endokrinen, affektiv-emotionellen und sexuellen Trieb-lebens auf einer primitiv infantilen oder vielfach archaischen Stufe fixiert zu bleiben resp. auf eine solche zu regredieren. Gerade die Genfaktoren, die der Anlage zum Infantilismus des vegetativen, endokrinen, affektiv-emotionellen und sexuellen Trieb-lebens zugrunde liegen, bedingen, daß in der Verwandtschaft der Stotterer die Zahl der *Krampfkranken*, Linkshänder, Enuretiker, Hypogenitalen, Kryptorchern, Spätsprechenden, Spätgehenden und Vasoneurotiker bedeutend größer ist als in der Durchschnittspopulation.

Das wichtigste Erbmerkmal des Stotterers und seiner Vorfahren ist der vegetative, endo-krine, sexuelle Infantilismus, also der *Triebinfantilismus*.

Die Schilderung der obigen Untersuchung wollen wir hier nicht mit der allgemeinen Genealogie der Psychopathen erweitern. Wir verweisen auf die ausgezeichneten Arbeiten von J. LANGE², K. SCHNEIDER³ und B. BERLIT⁴.

Auf Grund der geschilderten Ergebnisse wollen wir jetzt auf die erste oben aufgeworfene Frage folgendermaßen antworten:

1. Die Neurotiker gehören wahrscheinlich nicht in einen selbständigen Erb-kreis. Sie stammen aus dem Erbboden entweder der Schizophrenie oder des manisch-depressiven Irreseins, im besonderen aber der Epilepsie.

2. In den Erbkreis der Schizophrenie gehört die echte apathisch-asthenische Neurasthenie, in den Erbkreis der zirkulären Geisteskrankheiten die irritativ-pyknische Neurasthenie (VERFASSER). In den Erbkreis der Epilepsie scheinen zu gehören: die Hysterie (KRAULIS), die Sozialabnormität (KRAULIS, VERFASSER) und das Stottern (VERFASSER).

3. Die Hysterie, die Kriminalität, die Epilepsie und das Stottern zeigen also eine engere erbbiologische Verbindung. Die genealogische Wurzel dieser Ver-bindung liegt in den Genfaktoren, die die *paroxysmalen* Reaktionsformen determi-nieren. Genealogisch muß man von dieser Neurosengruppe einerseits die asthe-nischen Reaktionsformen, die mit der Schizophrenie, andererseits die irritativen Neurasthenieformen, die mit der zirkulären Geisteskrankheit verwandt sind, trennen.

Es scheint also, daß weder die Peristase noch das Erleben *allein* entscheiden, warum das eine Individuum in einer gegebenen Lebenslage neurotisch wird und das andere nicht, sondern die diskret variablen spezifischen Genfaktoren.

¹ SZONDI, L.: Konstitutionsanalyse von 100 Stotterern. Wien. Med. Wschr. Nr. 28, 1932.

² LANGE, J.: Psychopathie und Erbpflege. Verlag A. Metzner, 1934.

³ SCHNEIDER, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 3. Aufl. 1927.

⁴ BERLIT, B.: Erblichkeitsuntersuchungen bei Psychopathen. Z. f. d. g. Neur. u. Psych.

4. Die Spezifität dieser Genfaktoren ist so fein differenziert, so diskret variabel, daß sie zugleich auch entscheiden, warum das neurotisch veranlagte Individuum gerade an der und nicht an einer anderen Neurose erkrankt¹.

Unsere erbbiologischen Überlegungen haben zu dem Gedanken geführt, daß diese Frage durch die Annahme einer multiplen Allelie, d. h. der zygotalen Kombination der verschiedenen Variationen zweier oder mehrerer Genfaktoren zu lösen ist.

Auf die zweite Frage, die den Erbgang der Neurosen betrifft, können wir mit Rücksicht auf unsere spärlichen Kenntnisse nur kurz antworten.

LENZ suchte von der Hysterie nachzuweisen, daß sie auf geschlechtsgebundenen dominanten Erbfaktoren beruht. Diese Auffassung fand jedoch wenig Anklang, vor allem aus dem Grunde, da LENZ das klinische Bild der phänotypischen Manifestation der Hysterie sehr breit gezeichnet hatte. Vom Erbgang der Neurasthenie wissen wir zurzeit nichts. Die einzige Neurosenform, von deren Erbgang erbstatistisch gut ausgearbeitete Untersuchungen vorliegen, ist das Stottern. Diese Untersuchungen haben wir in den Jahren 1932-35 selbst unternommen. Aus dieser Arbeit geht hervor, daß der Erbgang des Stotterns ein *dimer* (zweifaktorell) *rezessiver* ist.

Das dritte Problem der erbbiologischen Richtung in der Neurosenfrage bezieht sich darauf, welche Beziehung zwischen Trauma und Genotypus, mit anderen Worten zwischen den Faktoren der Peristase und der Endostase, besteht. Dabei ist man noch kaum über die exakte Problemstellung hinausgeklommen.

4. Die Neurose als eine globale Erscheinung

Wir haben einen Überblick über die Geschichte der Neurosenfrage gegeben. Es wurde geschildert, wie das Problem im Lichte der Psychoanalyse, der Lehre von der neuro-endokrinen Lokalisation und zum Schluß im Lichte der Erbpathologie erscheint. Die Grundprinzipien sowie die Methoden dieser Forschungsrichtungen sind ganz verschieden.

Wurden aber von diesen verschiedenen Betrachtungsweisen ausgehend auch verschiedene Gesamtbilder von dem Neurotiker entworfen?

Wenn wir an die tiefste globale Organisation des Neurotikers denken, müssen wir die obige Frage verneinen. Das neurotische Individuum trägt, soweit seine globale Organisation in Betracht kommt, im Spiegel aller drei Betrachtungsweisen dasselbe Gesicht. *Der Neurotiker ist ein Extremvariant, der auf einer primitiven, auf archaischer und infantiler Stufe der Trieborganisation fixiert geblieben oder auf sie regrediert ist.* Eine Tatsache, die uns aus den Feststellungen der drei verschiedenen Betrachtungsweisen in verschiedenen Nomenklaturen und durch verschiedene Begriffssysteme unverkennbar entgegentritt.

Der Satz wird von der *Psychoanalyse* in der Form zum Ausdruck gebracht, daß der Neurotiker unter der Wirkung der Triebversagung auf eine infantile Triebstufe regrediert und *die* Befriedigungsart sucht, an welche jene Wünsche einst stark fixiert waren, welche jedoch im Laufe der ontogenetischen Entwicklung des Trieblebens bereits überholt wurden.

Derselbe Satz lautet in der Sprache der *Lehre von der neuro-endokrinen Lokalisation*: Der traumatische Schock enthemmt das phylo- und ontogenetisch ältere Paläostriatum von dem entwicklungsgeschichtlich jüngeren Neostriatum, das gleichsam als eine Kulturbremse funktioniert. Diese Enthemmung erklärt, warum

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. S. 366 ff. Krankheitswahl als Schicksal.

das neurotische Individuum phylogenetisch ältere, der gegenwärtigen Lebenslage inadäquate, vielfach prähistorische Reaktionsformen aufweist.

Zum Schlusse kehrt der Satz in der Sprache der *erbpathologischen Richtung* in der folgenden Variation wieder: Der Neurotiker ist ein Abkömmling von Familien, in denen erbliche Anlagen vorhanden sind, auf einem primitiveren vegetativen, endokrinen, affektiv-emotionellen und sexuellen Triebleben fixiert zu bleiben. Deshalb finden wir z. B. in den Familien der Stotterer so viele Linkshänder, Enuretiker, krampfhaft und geschlechtlich unreife Individuen.

Wer könnte nach dieser Konfrontation leugnen, daß die Psychoanalyse, die Lehre von der hypothalamo-extrapyramidalen Lokalisation und die Erbpathologie den Neurotiker in seiner Globalität *dem Wesen nach* ganz gleich betrachten und nur in ihren Nomenklaturen voneinander abweichen?

Den Überblick über die Geschichte der Neurosenfrage wollen wir nun mit dem Hinweis abschließen, daß es nicht genügt, die Auffassungen über die Entstehung der Neurosen zu revidieren; die Situation ist wohl reif dazu, daß die Vertreter der drei Richtungen endlich ihre bisherige, geradezu kastenartige Isolation aufgeben.

Die Anhänger der organischen Neurologie und der Erbpathologie müssen nun ihre Auffassung von der Psychoanalyse einer Revision unterziehen, wenn sie bedenken, daß sie mittels ihrer naturwissenschaftlichen Methoden zu den gleichen Ergebnissen gelangt sind wie die Psychoanalyse durch ihre ganz anders gearteten Denkwege und Denkmittel. Andererseits steht es wohl im Interesse der Psychoanalyse, Anknüpfungspunkte an die organische Neurologie und Erbpathologie zu finden, die durch ihre spezifischen Methoden den Lehren von FREUD zu einer biologischen Grundlegung verhelfen können, etwa in dem Sinne, wie es von der *Schicksalsanalyse* bereits durchgeführt wurde.

II. Über die Wesensverschiedenheit von Psychose und Neurose

Die Auffassung der Psychiatrie in dieser Frage kommt bei JASPERS¹ im folgenden zum Ausdruck:

1. *Neurosen* sind seelische Abweichungen, welche die Ganzheit der Person nicht ergreifen. *Psychosen* dagegen befallen den Menschen im ganzen.

2. Der Grund der neurotischen Erkrankung liegt in den *Situationen* und *Konflikten*, die von der Person zu lösen sind. Entscheidend für die Neurosen ist der Gebrauch von spezifischen Mechanismen, durch welche die Erlebnisse sich in der Art verändern, wie es normalerweise nicht vorkommt (z. B. Abspaltungen im Gegensatz zu gesunden Spaltungen und Synthesen).

Der Grund der Psychosen besteht in *hinzukommenden Krankheitsvorgängen erblicher oder exogener Natur*.

3. Die Neurosen umfassen den *weiten* Bereich von psychopathologischen Erscheinungen, welche sich als «Organneurosen» auf körperlichem, als «Psychoneurosen» auf seelischem Gebiete zeigen.

¹ JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, S. 481 f.

Der Bereich der Psychosen ist *enger*; ihre psychopathologischen Symptome «reißen für das allgemeine Bewußtsein einen Abgrund zwischen krank und gesund auf.» Neurotische Erscheinungen können vorübergehend auch bei sonst gesunden Menschen vorkommen.

4. Man kann weder die neurotischen noch die psychotischen Phänomene «als einfache Steigerung normaler Erlebnisse und Vollzüge» auffassen. Beide sind nach JASPERS – im Gegensatz zur Auffassung der Tiefenpsychologie – qualitativ unterschiedliche Erscheinungen.

5. Neurosen sind die Domäne der Psychotherapeuten, Psychosen die der Psychiater.

*

Den Standpunkt der *Psychoanalyse* in der Frage der Wesensverschiedenheit von Psychose und Neurose haben wir in der Einleitung bereits erörtert. (Vgl. Abb. 1–3.) Die wichtigsten Unterschiede sind nach FREUD die folgenden:

1. Die Neurose entsteht aus dem Konflikt zwischen dem Ich und dem Trieb (Es). Die Psychose dagegen ist die Folge eines Konfliktes zwischen dem Ich und seiner Außenwelt.

2. Der Realitätsverlust ist bei der Neurose stets partiell, bei der Psychose total. Das will sagen: Während der Neurotiker nur von dem Stück der Realität nichts wissen will, auf dessen Anforderung die Verdrängung stattgefunden hat, verleugnet der Psychotiker die Realität völlig und baut sich auf Kosten der Wirklichkeit autoplastisch eine neue, irrealer Welt auf.

3. Bei der Neurose muß die Reparation des Realitätsverlustes wegen der Angst durchgeführt werden, daß das Verdrängte zurückkehren könnte. Der Psychotiker repariert den Realitätsverlust aus Angst, daß der Neubau seiner Wunschwelt einstürzen könnte.

4. Bei den Neurotikern wird der unbewußte Konflikt nur in der tiefenpsychologischen Behandlung durch Konfrontation bewußtgemacht, nie aber spontan. Bei den Geisteskranken kann dagegen die Bewußtmachung auch *spontan* stattfinden; Mitteilungen über Verdrängungen können widerstandslos erfolgen.

5. Die Sprache bleibt bei den Neurotikern gut organisiert; die der Psychotiker wird zumeist verändert (Desorganisation im Aufbau der Sätze bis zur Unverständlichkeit oder manierierte, gezierte Sprache und so fort.)

6. In den Assoziationen der *Neurotiker* überwiegen die *Sachbeziehungen*, in denen der *Geisteskranken* die *Wortbeziehungen* (Verdichtung, Verschiebung usw.).

7. Ersatzbildungen werden *bei Neurotikern* von den Sachbeziehungen, d. h. durch die Ähnlichkeit der Dinge bestimmt. Die Sachvorstellung der Objekte wird bei der Neurose stets festgehalten. *Wort und Ding decken sich völlig*. Dagegen wird die Ersatzbildung *bei Psychotikern* durch die Gleichheit der Sprache vorgeschrieben. Die Objektbesetzung wird aufgegeben und nur die Wortvorstellung der Objekte festgehalten. *Wort und Ding trennen sich*.

*

Die meisten dieser Differenzen können wir durch die Ergebnisse der Triebforschungen auch experimentell bestätigen.

III. Experimentelle Syndromatik der Neurosen

Es wurde bereits erörtert, daß sich die *Psychose im Triebexperiment stets durch eine völlig abnormale Ichabwehrart zeigt*.

Die quantitativ übertriebene totale Projektion – bei einer weiblichen diagonalen Spaltungsart – ist ein Hinweis auf das projektive Paranoid. Die totale Ichsperre – mit gleichzeitiger Kontaktsperre – ist auf funktionelle oder organische katatoniforme Erkrankung verdächtig. Die Introprojektion mit ewigem Suchen und Masochismus ist für die Melancholie charakteristisch. Die quantitativ gesteigerte Entwertung aller Werte mit gleichzeitiger völliger Loslösung im Kontakt weist auf eine Manie hin. Im Falle einer Kombination von übermäßiger Entwertung und Projektion müssen wir bei gleichzeitiger Triebgefahr des Exhibitionismus an eine heboide Psychose denken.

Die Psychopathie kann man experimentell durch die psychopathische Trias, also durch das Lustsyndrom, den Verlust der Mitte und die Mehrdimensionalität der benützten Triebventile feststellen.

Nun fragt es sich, ob man auch für die verschiedenen Neurosen *ein gemeinsames experimentelles Merkzeichen* finden könnte.

Auf Grund der Ergebnisse von mehreren hundert Triebanalysen an Neurotikern fanden wir als das besondere Merkzeichen für Neurose *die Diskrepanz zwischen Rand und Mitte*. Neurotiker zeigen am Rande, d. h. in den vitalen Sexual- und Kontakttrieben, sehr oft unreife, infantile Reaktionen, in der Mitte dagegen «überreife», oft «übernormale» Zensurreaktionen. Dieses experimentelle Ergebnis bestätigt die Auffassung FREUDS von der Entstehung der Neurosen. *Neurotiker sind demnach im Sexus und Kontakt unreif, in der zentralen Stellungnahme hingegen «übermenschlich» streng*.

A. *Die marginale Unreife* der Neurotiker entpuppt sich im Triebexperiment in folgenden Reaktionen:

I. Sexuelle Unreife

1. Unitendenz des Zärtlichkeitsdranges =	$S = + 0$
2. oder Unitendenz des Sadismus =	$S = 0 +$
3. oder Unitendenz des Masochismus =	$S = 0 -$
4. Eventuell diagonale Spaltung, d. h. Triebzielinversion =	$S = + -, - +$
5. Legierungsschwierigkeiten =	$S = \pm -, - \pm$
6. Isolierungstendenz =	$S = \pm 0, 0 \pm$
7. Frühkindliche Sexualität =	$S = 0 0$

Die Gesamthäufigkeit dieser unreifen Sexualreaktionen übertrifft die des Legierungsbildes eines nichtneurotischen Alltagsmenschen = $S = + +$

II. Kontaktunreife

1. Kindlicher Wunsch, im Schoß der Mutter zu sitzen =	$C = 0 0$
2. oder übermäßiger Wunsch nach Untreue =	$C = + -$
3. oder Inzestbindung oder Analität =	$C = - +, - \pm$
4. Bindung mit Angst =	$C = 0 +!$
5. eventuell eine biobjektive Bindung =	$C = + +$

B. *Gegenüber der vitalen Unreife am Rande steht bei den Neurotikern in der Mitte die Schuld- und Strafangst*.

Die *neurotische Mitte* zeigt folgende Variationen:

	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
1. die <i>hypochondrische</i> Mitte =	}	+	—	+
		0	—	0
		+	—	0
		0	—	+
2. oder die <i>gebremmte</i> Mitte =	}	±	—	±
		—	+	+
3. oder die <i>anankastische, Zwangsmatte</i> =	}	—	0	—
		±	—	±
		0	±	0
		—	±	±
4. oder die <i>hysteriforme</i> Mitte =	}	+	+	—
		+	+	+
		+	+	±
5. oder die <i>phobische</i> Mitte =	}	+	0	±
		+	0	±
		±	±	±

C. Sehr charakteristisch für die Neurosen sind folgende *Ichabwehrarten*:

1. <i>Hemmung</i> =	<i>Sch</i> = — +
2. <i>Verdrängung</i> =	<i>Sch</i> = — 0
3. <i>Entfremdung</i> =	<i>Sch</i> = — ±
4. <i>Isolierung</i> =	<i>Sch</i> = ± 0
5. <i>Integrierung</i> =	<i>Sch</i> = ± ±

Im allgemeinen kann man demnach folgende Leitsätze für eine Differentialdiagnose aufstellen:

1. Für eine *Neurose* spricht die vitale Unreife am Rande, dagegen Hemmung, Verdrängung, Entfremdung, Isolierung oder Integrierung und irgendeine Angstreaktion in der Mitte.

2. Auf die *Psychopathie* weist der Verlust der Mitte mit gleichzeitigem Lustsyndrom und Mehrdimensionalität der Triebventile.

3. Für *Psychose* spricht die totale Projektion oder Introprojektion mit diagonalen (weiblicher) Spaltung oder mit Mehrdimensionalität der Unitendenz (0 —), ferner die übertriebene Entwertung, die totale Ich- und Kontaktsperre.

*

Aus den vorausgeschickten allgemeinen Erörterungen wird unsere Auffassung in der Neurosenfrage ersichtlich.

Es ist stets die besondere Art der Abwehr (d. h. der Mitte), die es bedingt, ob die Person psychotisch, psychopathisch oder neurotisch auf ihre vitalen Randtriebprobleme reagiert.

Dieser Auffassung entsprechend teilen wir auch die Neurosen auf Grund der Art der angewandten Abwehrtechnik in:

- A. *Zwangsneurosen* oder *Ichneurosen* und
- B. *Überraschungs-* oder *Paroxysmalneurosen* ein.

Bei den *Zwangsneurosen* benützt die Person solche *egosystemische Abwehrmechanismen* (*Verneinung und Introjektion*), die letzten Endes zu schweren Ichveränderungen, zu Reaktionsbildungen im Ich selbst führen. Die *Zwangsneurose* ist der klassische Vertreter der *Ichneurosen*.

Auch bei den sogenannten Überraschungs- oder Paroxysmalneurosen macht die Person von besonderen Ichabwehrmechanismen Gebrauch; sie kombiniert aber die Ichabwehr mit *paroxysmalen Schutzmechanismen* aus dem Gebiete des Überraschungstriebes. Sie wehrt die Randtriebgefahren auch mit archaischen affektiven Überraschungsmechanismen ab, also durch Bewegungsturm oder Sich-tot-Stellen. Dadurch sind die lärmenden Symptome nicht die Ichveränderungen, sondern die Paroxysmen im Affektleben. In die Gruppe der Paroxysmalneurosen reihen wir: 1. die *Konversionshysterie*, 2. die *Angsthysterie*, die *Phobie* und 3. die *Affektepilepsie*.

Wir betonen mit Nachdruck, daß auch bei den Paroxysmalneurosen die besondere Ichabwehr, so Hemmung, Verdrängung und Entfremdung, eine ausschlaggebende Rolle spielt, sie wird aber mit affektiven Überraschungs-Abwehrmechanismen kombiniert.

A. Die Ichneurose: Zwangsneurose

Zur Psychologie der Reaktionsbildungen im Ich, des Isolierens, Ungeschehenmachens und der Abspaltung. Psychopathologie der Zwangerscheinungen

Begriffsbestimmung

In der Neurosenlehre gibt es kein zweites Gebiet, auf dem die Abgrenzung der Symptombildung von der Abwehrarbeit und die Analyse der Abwehrfunktion selbst auf so große Schwierigkeiten stoßen würden wie eben beim Zwang. Dies ist um so erstaunlicher, als ja «Zwang» als psychische Erscheinung in der Psychopathologie eine sehr gewichtige Rolle spielt. Man spricht ja – oft auch ohne Grund – von Zwangswahrnehmungen und -empfindungen, Zwangsvorstellungen (-ideen) und -gedanken, Zwangsaffekten und -antrieben, Zwangsbewußtsein und -handlungen, nosologisch von Zwangscharakteren, Zwangsneurosen, Zwangshalluzinationen, Zwangspsychosen usf. Die experimentelle Triebforschung spricht auch vom Zwang als Abwehrmechanismus.

Wegen der Mannigfaltigkeit der Zwangerscheinungen ist es noch nicht gelungen – schreibt 1926 FREUD –, eine eindeutige Synthese aller Zwangsvariationen zu liefern. Es werden stets wichtige Regelmäßigkeiten übersehen, auch wenn man bestrebt ist, aus dem bunten Bild der Zwangerscheinungen das Typische herauszufinden.

Das nämliche bezieht sich auch auf die früheren und späteren Monographien über die psychischen Zwangerscheinungen¹⁻⁷. Auch die Frage, ob jener Kom-

Wir erwähnen hier nur die folgenden:

¹ JANET: Les obsessions et la psychasthénie. Paris 1903.

² LÖWENFELD: Die psychischen Zwangerscheinungen. Wiesbaden 1904.

³ BUMKE, O.: Was sind Zwangsvorgänge? Sammlung zwangl. Abhdl. a. d. G. d. Nerv.-u. Geisteskrankheiten, Bd. 6, H. 8, 1906.

⁴ FRIEDMANN: Über die Natur der Zwangsvorstellungen. Wiesbaden 1920.

⁵ STEKEL: Zwang und Zweifel. Wien 1927/28 (2 Bde.).

⁶ KEHRER: Zwangsneurose. Handwörterbuch der med. Psych. Hgb. von Birnbaum, Leipzig 1930.

⁷ BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Berlin 1936.

plex, welcher hinter den Zwangserrscheinungen steckt, verdrängt oder bewußt sei, ist heute noch nicht eindeutig abgeklärt.

Dieser Umstand rechtfertigt unseren Versuch, auf dem Wege der experimentellen Ich- und Triebanalyse die bisher offenen Probleme der Zwangsercheinung zu durchleuchten.

*

Wir müssen zuerst den Begriff «Zwang» von den verschiedensten Aspekten aus betrachten. Diese sind

1. Zwang als klinisch-phänomenologische Erscheinung,
2. Zwang als Symptombildung,
3. Zwang als Abwehrmechanismus.

1. Zwang als klinische Erscheinung

Zwang ist ein psychischer Vorgang, gegen dessen Dasein die Person sich wehrt und dessen Inhalt grundlos, sinnlos und unverständlich oder relativ unverständlich ist (JASPERS)¹.

Wenn also das Ich in der Wahl der Bewußtseinsinhalte seinen Einfluß verliert – schreibt JASPERS –, wenn vielmehr ein Bewußtseinsinhalt auch gegen seinen Willen der augenblickliche Inhalt bleibt, «so stellt sich das Ich diesem Inhalt, den es nicht verdrängen kann, aber verdrängen möchte, kämpfend gegenüber, und dieser Inhalt erhält den Charakter des psychischen Zwanges». Diese Beschreibung des Zwangsvorganges ist rein klinischer Natur. Sie erfaßt ausschließlich die «Ichvorgänge» beim Zwang und läßt die tiefenpsychologische Frage, *warum* eigentlich das Bewußtsein von unsinnigen Inhalten in Besitz genommen wird, offen.

H. BINDER, der in der Frage der Zwangsvorgänge analytisch eingestellt ist, definiert den Zwang so: «Zwang ist. . . stets eine Resultante (BÜRGER) aus zwei Komponenten, nämlich dem Störungspsychismus und dem Abwehrpsychismus².»

Unter *Störungspsychismus* versteht BINDER die psychische Funktion, daß ein Erlebnis, eine Vorstellung, Strebung oder ein Gedanke durch eine «ganz eigentümliche» Fremdartigkeit und Unsinnigkeit den Ablauf des Bewußtseinsstromes stört. *Diese Störung ist bewußt*. Mit dem Ausdruck «Abwehrpsychismus» will der Autor die Funktion bezeichnen, daß das Ich das Störungserlebnis radikal zu unterdrücken und zunichte zu machen versucht. Da aber das Ich zur gänzlichen Unterdrückung des Störungspsychismus unfähig ist, erlebt es einen ohnmächtigen Kampf. Und je machtloser die Abwehrarbeit gegen die Störung ist, um so mehr wird der Konflikt «zu einem qualenden inneren Zwiespalt» emporgetrieben.

Rein klinisch sind demnach bei den Zwangsvorgängen die Gegenfüßler des Kampfes einerseits ein fremdartiger, unsinniger, störender Bewußtseinsinhalt, andererseits das sich dagegen wehrende Ich. Von störenden primären Triebregungen, von Verdrängung, Regression und von deren Folgen im Ich ist da noch keine Rede. Das Ich verspürt den störenden Inhalt ebenfalls als Ausfluß seiner eigenen Tätigkeit. Man muß demnach sagen, daß nach dieser Bestimmung

¹ JASPERS: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin-Heidelberg 1938. S. 112.

² BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger, Berlin 1936. S. 8.

zwei Ichvorgänge, nämlich die bewußte unsinnige Vorstellung und die Ich-abwehr, gegeneinanderstehen. Darin besteht das Zwangserlebnis. Auf Grund dieser Betrachtung behaupten einige Autoren, daß jene Komplexe, von denen die psychogenen Zwangerscheinungen ihren Ausgang nehmen, eigentlich nicht verdrängt sind. (LÖWENFELD, KRETSCHMER, KEHRER, HOMBURGER, KRISCH, BINDER¹.)

2. Zwang als Symptombildung

Nach Auffassung der *Psychoanalyse* ist ein Symptom stets ein Anzeichen und ein Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung, ein Erfolg des Verdrängungsvorganges².

FREUD zerlegt die Symptome bei der Zwangsneurose in zwei Gruppen von verschiedenen Arten, deren Tendenz entgegengesetzt ist³.

1. Die *negative, abwehrende*, strafende und historisch ältere Symptomgruppe wird bei der Zwangsneurose von Verboten, Vorsichtsmaßregeln und Bußen repräsentiert.

2. Die *positive*, sich später entwickelnde Symptomgruppe besteht dagegen aus *Ersatzbefriedigungen*, zumeist in symbolischer Verkleidung, und diese Symptome werden mit der Dauer des Krankseins stets stärker (*Reaktionsbildungen*).

Mit der Zeit gelingt es aber dem Ich, die zwei polar entgegengesetzten Symptome von Gebot-Verbot und Ersatzbefriedigung zu verschränken. Der Zwangskranke verspürt später die Verbote und Gebote als eine Befriedigung, ähnlich wie der Bigottgläubige.

In extremen Fällen, schreibt FREUD, erwerben die Symptome zu ihrer ursprünglichen Bedeutung auch die des direkten Gegensatzes, und so stellt sich die bekannte Macht der Ambivalenz bei den Zwangskranken ein.

So wird demnach das Zwangssymptom zweizeitig. Das will sagen: Eine gewisse Vorschrift befiehlt der Person, eine Handlung auszuführen, und unmittelbar darauf folgt ein zweiter Befehl, der die erste Handlung rückgängig macht. Aus den zwei Arten und der Zweizeitigkeit der Zwangssymptome, ferner aus der Macht der *Ambivalenz* zieht FREUD folgende zwei Folgerungen:

1. Der Kampf gegen das Verdrängte wird bei den Zwangskranken unterhalten, und immer mehr wendet er sich zuungunsten der verdrängenden Kräfte.

2. In der Symptombildung des Zwanges spielen Ich und Über-Ich eine ganz besondere Rolle.

Die Geschichte der Symptombildung des Zwanges stellt sich FREUD in der folgenden möglichen Form vor:

1. Verdrängung des Ödipuskomplexes, hysterische Symptombildung

Die libidinösen Ansprüche des Ödipuskomplexes werden – genau so wie bei der Hysterie – frühzeitig durch Verdrängung abgewehrt. *Verdrängung und hysterische Symptome bilden auch bei der Zwangsneurose die unterste Schicht im Symptombilde.*

¹ BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger, Berlin 1936. S. 38.

² FREUD, S.: Ges. Schr., Bd. XI, S. 28 (Hemmung, Symptom und Angst).

³ Ebenda S. 52.

2. Konstitutionelle Schwäche der Genitalorganisation

Ein konstitutioneller Faktor verändert aber entscheidend die weitere Gestaltung der Zwangskrankheit. Nämlich: *die Schwäche der Genitalorganisation der Libido*, die bei Zwangskranken konstitutionell zu wenig resistent ist, dem Druck der Ichabwehr leicht nachgibt und sich wieder «entmischt».

3. Regression

Die Folge ist eine Regression auf die frühere sadistisch-anale Stufe¹. Die Regression ist demnach eine Abwehrtechnik des Ichs und der erste Erfolg des Ichs im Abwehrkampf gegen die Libidoansprüche. Das Abgewehrte selbst ist die Strebung des Ödipuskomplexes. Der Motor dieser Abwehr ist nach FREUD der Kastrationskomplex.

4. Reaktionsbildung im Ich

Das über das normale Maß strenge Über-Ich zerstört also den Ödipuskomplex, und das Ich entwickelt im Gehorsam gegen das Über-Ich hohe ethische «Reaktionsbildungen». Diese sind:

a) Gewissenhaftigkeit, Mitleid und Reinlichkeit

Diese Reaktionsbildungen im Ich sind die Folgen der strengen Verbote gegen die Onanie. FREUD sieht in diesem Onanieverbot ebenfalls ein typisches Zeichen der Ambivalenz der Zwangskranken. Denn die Onanie ist ja an sich doch ein Zeichen «männlicher» Strebung, und die wird verboten. Gleichzeitig aber erzeugt das Ich das Symptom der Kastrationsangst, also die Angst, die «verbotene» Männlichkeit zu verlieren. Gerade die unterdrückte Onanie erzwingt sich aber auf dem Wege der Reaktionsbildungen im Ich eine Ersatzbefriedigung in Form von Reinlichkeit, Gewissenhaftigkeit usf. Diese Reaktionsbildungen hält FREUD für Übertreibungen der normalen Charakterbildung. Er erachtet darin eine spezifische Abwehrweise, die er für Zwangsneurotiker charakteristisch hält.

b) Das Zeremoniell

Die Reaktionsbildung ist also die Abwehr der Onanieversuchung. Sie erscheint einerseits als *ethische Übertreibung* in Form von Gewissenhaftigkeit, Mitleid, ferner als *moralisch-ästhetische Haltung* in Form von Reinlichkeit und insbesondere in dem *Zeremoniell*, z. B. beim Schlafengehen, Waschen, Ankleiden. Weitere Formen der Reaktionsbildung sind:

c) Wiederholungen und Neigung zum Zeitaufwand

In diesem Symptom des Zeremoniells vermutet FREUD eine Sublimation der analerotischen Komponenten. In der Pubertät – schreibt er – «wird nun der Kampf gegen die Sexualität unter ethischer Flagge weitergeführt».

Aus dem Unbewußten stoßen destruktive, grausam-sadistische Ansprüche ins Bewußtsein vor, und die Person ahnt überhaupt nicht, daß, während sie diese

¹ Die andere Möglichkeit, nach der die Ichabwehr noch während der Blüte der sadistischen Phase, also noch vor der Genitalorganisation (der phallischen Phase) sich einstellt, hält FREUD für unwahrscheinlich.

aggressiven Absichten bekämpft, sie eigentlich ihre auf diese Stufe regrediierte Sexualität abwehrt. Die Reaktionsbildung erreicht in der Pubertät ihren Höhepunkt.

Neben den Reaktionsbildungen übt aber der Zwangsneurotiker noch zwei weitere Abwehrtechniken aus, die nach FREUD für die Zwangskrankheit ebenfalls pathognomonisch sind: *das Ungeschehenmachen* und *das Isolieren*. Beide sind Variationen oder «Surrogate der Verdrängung» und melden sich im Erscheinungsbild des Zwangs als typische Symptombildungen. Das Auftreten dieser zwei «Hilfs-» und «Ersatztechniken» deutet FREUD als Folge der Schwierigkeiten, auf die die Verdrängung bei Zwang stößt.

5. Das Ungeschehenmachen, die «negative Magie»

ist diejenige Ersatztechnik der Verdrängung, bei der der Zwangskranke ein Ereignis sozusagen auf dem Wege einer «negativen Magie wegzublasen» versucht. Das will sagen: Nicht die Folgen eines Ereignisses, also die Erlebnisse, die Eindrücke, sondern *das Geschehnis selbst wird aufgehoben, als ob nichts geschehen wäre*.

Das Ungeschehenmachen manifestiert sich in mannigfachen Erscheinungen:

Erstens: bei den «zweizeitigen» Symptomen darin, daß der zweite Akt den ersten aufhebt.

Zweitens: im zwanghaften Zeremoniell, das aus zwei Wurzeln abzuleiten ist. Die erste Wurzel ist die rationale Vorsicht und Verhütung, «damit etwas Bestimmtes nicht geschehe», die zweite aber das Ungeschehenmachen, wobei die Person auf «magischem Wege» durch das Zeremoniell das Vergangene einfach «wegbläst».

Drittens: Im Wiederholungszwang wird nach FREUD ein traumatisches Erlebnis auf dem motorischen Wege ungeschehen gemacht, und zwar so, daß die Person eine Handlung zwanghaft wiederholt und dadurch das Nichterwünschte zu vermeiden versucht.

6. Das Isolieren

besteht in der eigentümlichen Haltung der Zwangskranken, daß die Wahrnehmungs- und Handlungskette an gewissen Punkten plötzlich abgebrochen und eine *Pause* eingeschoben wird. Dies geschieht sowohl nach einem unliebsamen Ereignis wie auch nach einer eigenen neurotischen Tätigkeit.

Als Manifestation des Isolierens faßt FREUD folgende Zwangs-Symptombildungen auf:

a) Entblößen eines Ereignisses von seinem Affekt.

b) Unterbrechen von assoziativen Beziehungen eines Erlebnisses, welches zu vergessen nicht gelungen ist – wie bei der Hysterie; bei der Isolierung aber wurde das «Vergessen» durch die Amnesie doch erreicht.

Das will also sagen: *Der Kranke hält in Denken und Handlungen gerade das auseinander, was assoziativ zusammengehört*, «die motorische Isolierung soll eine Garantie für die Unterbrechung des Zusammenhanges im Denken geben» (FREUD). Daher die «magische Pause».

Natürlich werden eben die physiologischen mitgebrachten Gegensätze voneinander isoliert (unserer Erfahrung nach an erster Stelle die *weiblichen* Ansprüche von den männlichen, vgl. Gegensatzanalyse bei Zwang). Wie die meisten

Symptome der Zwangskranken, so hat auch das Symptom des Isolierens eine innige Beziehung zu der normalen Denkarbeit. Die Unterbrechung des assoziativ zusammengehörigen Denkstromes bei Zwangskranken zeigt eine Analogie zu den Konzentrationsmaßregeln des normalen Denkens. Nur isoliert der Zwangsneurotiker einerseits zumeist störende *Ambitendenzen* (Vaterkomplex in Beziehung zu Gott oder andere Regungen in der Beziehung zu Liebeserregungen), andererseits verstärkt er die Unterbrechung auf motorischem Wege in magischer Absicht.

c) Das Tabu der Berührung ist nach FREUD eines der fundamentalsten und ältesten Gebote der Zwangskranken. Die zwangsneurotischen Verbote bezüglich der Berührung des Gliedes, des körperlichen Kontakts (z. B. bei der Aggression) sind natürlich Abwehrreaktionen gegen die verpönten Sexualansprüche, und zwar sowohl gegen die ödipalen Zärtlichkeits- wie auch gegen die regressiven sadistischen Bedürfnisse.

«Die Isolierung ist aber», schreibt FREUD, «Aufhebung der Kontaktmöglichkeit, Mittel, ein Ding jeder Berührung zu entziehen, und wenn der Neurotiker auch einen Eindruck oder eine Tätigkeit durch eine Pause isoliert, gibt er uns symbolisch zu verstehen, daß er die Gedanken an sie nicht in assoziative Berührung mit andern kommen lassen will.» (Bd. XI, S. 62.) Aus der Ambivalenz der Zwangskranken folgt, daß sie auch das Gegenteil, d. h. Berührungs- und Tastzwänge, ausüben müssen.

7. Krankheitsgewinn

Mit den Symptombildungen wird aber der Abwehrkampf des Ichs noch nicht abgeschlossen. FREUD erwähnt die Konversion als Beispiel, bei der das Ich den Kampf gegen die gefahrbringenden Es-Regungen durch die Symptombildung am ehesten abzuschließen vermag. In der Regel folgt aber dem Kampf gegen die Triebregung ein zweiter, der sog. *sekundäre Abwehrkampf*, bei dem das zu Bekämpfende das Symptom selbst ist. Ein Symptom ist ja nach einer Metapher von FREUD stets ein Fremdkörper, der unaufhörlich Reiz- und Reaktionserscheinungen in dem Gewebe unterhält, in das er sich eingebettet hat.

Der Zwangskranke empfindet in den Zwangsvorstellungen und -handlungen stets diese *Fremdartigkeit*. Seine Haltung den Symptomen gegenüber ist aber durch die Macht der Ambivalenz stets zwiespältig. Einerseits bemüht sich das Zwangs-Ich, die störenden Vorstellungen zunichte zu machen, andererseits aber bejaht es diejenigen Symptome, die durch Reaktionsbildung zustande kamen und die seinem Narzißmus schmeicheln, insbesondere die Reinlichkeitszwänge, die Gewissenhaftigkeit, die Neigung zu Mitleid, zu Gutmachung usw. Diese Ichveränderungen spiegeln dem Zwangskranken vor, er sei reiner, gewissenhafter als alle seine Mitmenschen. FREUD nennt diese Folge der Symptombildung «*sekundären Krankheitsgewinn*». Er besteht darin, daß der Neurotiker das Symptom sich einverleibt und dadurch fixiert. Dieser narzißtische Krankheitsgewinn bewirkt, daß viele Zwangskranke ihre Zwänge später nicht aufgeben wollen, da sie auf den narzißtischen Gewinn nicht verzichten können. Ein schwerer Zwangskranker sagte mir: «Alles kann man mir wegnehmen, mein Vermögen, meine Fabrik, meine Familie, aber eines werde ich nie hingeben, meine Zwangshandlungen. Denn die machen meine Religion aus.»

Das Ich und das Symptom verbrüdernd sich im Laufe der Zeit innig. Sie können sich einfach nicht trennen. Und trotz dieser versöhnlichen Bindung stört das Zwangssymptom stets seinen Träger und zwingt ihn, sich gegen die zeitweise abgegebenen Unlustsignale immer und immer wieder zur Wehr zu setzen.

Die *Faktoren der Symptombildung der Zwangskranken* werden demnach von der Psychoanalyse wie folgt dargestellt:

1. Verdrängung des Ödipuskomplexes mit Folge von hysterischen Symptomen, die in der untersten Schicht der Symptomgewebe bleiben.
2. Konstitutionelle Schwäche der Genitalorganisation.
3. Überstrenges Über-Ich.
4. Kastrationsangst, Onanieverbot.
5. Ambitendenz.
6. Regression auf die sadistisch-anale Stufe.
7. Reaktionsbildung, deren Folge Reinlichkeit, Gewissenhaftigkeit, das Zeremoniell, Neigung zu Wiederholung und zu Zeitaufwand sind.
8. Ungeschehenmachen, negative Magie.
9. Isolierung, Berührungs-, Kontaktverbote, Verhütung der Onanie und der Aggression auf dem Wege der «magischen Pause».
10. Krankheitsgewinn durch die Befriedigung von sonst entbehrten narzißtischen Lüsten.

*

Im folgenden wollen wir die seelischen Bedingungen der Zwangsvorgänge von dem Aspekt des Psychiaters aus betrachten. Wir wählen als Beispiel die Monographie von BINDER¹.

Die Symptombildung der Zwangsvorgänge wird von H. BINDER mit einer anderen Nomenklatur und Funktionsanalyse dargestellt.

1. *Der Störungspsychismus* als das Erleben der Fremdartigkeit und Unsinnigkeit gewisser Bewußtseinsinhalte tritt zumeist in der seelischen, seltener in der geistigen Schicht auf. Das Bewußtwerden der Störung, die störende Aktivität gänzlich zunichte zu machen, soll nach BINDER beweisen, daß bei den Zwangsvorgängen das Ich nicht gegen vitale «Es-Aktivitäten», sondern gegen «seelische» oder geistige Aktivitäten kämpft. Denn wo das «Könnenbewußtsein» des Ichs (SCHELER) fehlt, dort kann auch sein Versagen nicht erlebt werden. «Ichpassive» Funktionen als Es-Aktivitäten können nach BINDER nicht als Ausgangsbasis für die Einleitung von Zwangsvorgängen auftreten. Darum sei es unrichtig, von «Zwangsempfindungen», «Zwangsempfindungen», «Zwangswahrnehmungen», «Zwangshalluzinationen», «Zwangsauffekten», «Zwangstrieben» zu reden, weil ja die *«Ichaktivität» eine Bedingung der Entstehung von Zwangsvorgängen ist. Als Anstoß zur Entwicklung von Zwangsvorgängen käme nach dieser Auffassung die vitale Triebsschicht nicht in Frage.* Darin unterscheidet sich die Auffassung der Psychiater von der der Tiefenpsychologen, die ja das Primäre bei den Zwangsvorgängen eben in der Triebsschicht gefunden haben.

2. Bei den Zwangsvorgängen wirken folgende Momente störend:
- a) die relative Isolierung der Vorstellungen, Handlungen von ihren Motiven (siehe FREUD);
 - b) die widerwertigen oder trivialen Inhalte der Vorstellungen;
 - c) die enorm dynamische Spannung;
 - d) die nicht niederzuzwingende Dominanz der Zwangsinhalte;
 - e) die primäre Gefühlsarmut;
 - f) das übermäßige Beharrungsstreben, das zur ständigen Wiederholung oder zu einem konstanten Fortspinnen führt;
 - g) die Veränderung des Zeiterlebens.

All diese Vorgänge bedingen das «Fremdkörpererlebnis» (FREUD).

3. Die besondere Bewußtseinshelligkeit der Zwangsvorgänge.
4. Die gesteigerte Objektivierung des Erlebnisgehaltes.

¹ BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger, Berlin 1936. S. 9.

5. Als konstitutionelle Disposition zum Zwang faßt BINDER die Desintegrationsneigung oder die Integrationschwäche des vitalen Beharrungstriebes auf. Diese Anlage soll früher da sein als das Zwangssymptom selbst, und zwar als klebendes, zäh pedantisches Verhalten.

6. Die *anankotrope Konstitution* (LUXENBURGER, BINDER) bestehe:

a) in der «allgemeinen Neigung zu desintegrativen Aufspaltungen in allen Schichten der Persönlichkeit»;

b) in Ängstlichkeit,

c) in Verhaltenseit des Temperamentes.

Die anankotrope Konstitution führt aber nur dann zu Zwangsbildungen, wenn die Desintegrationsneigung auch den Beharrungstrieb ergriffen hat. Was will das sagen? BINDER schreibt: «Die Folge davon ist, daß gewisse höhere Funktionen allzu leicht Einzelmodifikationen des Beharrungstriebes an sich ziehen können und daß sich solche ‚Teiltriebe‘ abnorm leicht in der höheren Funktion fixieren, weil sie infolge der Integrationschwäche des Grundtriebes nicht mehr re-integriert werden – auch dann nicht, wenn die Beharrung der höheren Funktion nicht mehr im Interesse der Gesamtpersönlichkeit liegt¹.» Daher die Stereotypisierung, die Wiederholung und die Isolierung.

Wiederholung einer Funktion bedeutet nach dieser Auffassung nur den dynamischen Ausdruck der Tatsache, «daß eine starke Beharrungstendenz in diese Funktion eingegangen ist» (S. 30).

Wir erinnern hier daran, daß der Beharrungstrieb mit seinem Gegenfüßler, dem Veränderungstrieb, das nämliche Triebgegensatzpaar bedeutet, welches in unserem System der Faktor «*d*» darstellt. Die *positive d-Funktion* wird von I. HERMANN als die Tendenz «*Auf-Suche-Geben*» nach einem anderen Objekt (= Veränderungstrieb) genannt und dessen Gegenfunktion, die *negative d-Funktion*, als das «*Kleben am alten Objekt*» gedeutet.

In der Sprache der experimentellen Triebforschung will also die Behauptung BINDERS über die konstitutionelle Anlage zum Zwang so viel sagen: Zwangskranke sind in ihrem *d*-Bedürfnis desintegriert, mit dem Ausdruck FREUDS also *anale* Menschen. Eine Feststellung, die im Triebprofil der Zwangskranken in der Reaktion *d* = 0 bestätigt wurde.

Auch BINDER fand, daß anankastische Psychopathen eine passive oder aggressive homosexuelle und anale Fixation aufweisen können. Er bestätigt demnach das, was FREUD als Regression der Zwangskranken auf die analadistische Stufe festgestellt hat.

3. Zwang als Abwehrmechanismus

Bisher haben wir den Zwangsvorgang nur als «Symptom» betrachtet und verfolgten die Rolle der verschiedenen Abwehrweisen in der Symptombildung des Zwangsphänomens. Die experimentelle Abwehrlehre sieht aber in dem Zwangsvorgang nicht nur ein bewußtes, ichhaftes Symptom, sondern auch eine besondere *unbewußte* Abwehrart des Ichs.

Zwang ist nach dieser Auffassung nicht nur eine bewußte symptombildende Ichtätigkeit, sondern auch eine unbewußte Ichfunktion zur Abwehr gefährbringender Triebregungen. Die Beziehung des Zwangs zu den Abwehrmechanismen ist nach Auffassung der Psychoanalyse, wie wir sahen, keine so einfache wie etwa die zwischen Verdrängung und irgendeinem hysterischen Symptom. Bekanntlich mußte FREUD (1926) zu dem längst fallengelassenen Begriff der «Abwehr» zurückkehren, weil er einsah, daß bei der Zwangsneurose mit dem einfachen Begriff der Verdrängung allein der Kampf des Ichs mit den Triebrepräsentanten nicht zu verstehen ist².

Zu Beginn des pathogenen Zwangsvorgangs spielt die Verdrängung schon eine Rolle, indem der Ödipuskomplex auf dem Wege der Verdrängung zerstört wird. Bei dem Knaben wird der Vaterhaß, bei dem Mädchen der Mutterhaß und

¹ BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger, Berlin 1936. S. 33/34. Vgl. dazu Kapitel III über Integration und Desintegration der Gegensätze im Seelenleben.

² FREUD, S.: Verdrängung und Abwehr. Nachträge zu «Hemmung, Symptom und Angst». Bd. XI, S. 105 ff.

Penisneid verdrängt. Diese frühzeitige Verdrängung des Ödipuskomplexes genügt aber nicht, um die Zwangssymptome zu verstehen. Die krankmachenden Vorgänge gehen trotz dieser primären Verdrängung weiter. Das Ich wehrt sich gegen die Wiederkehr des Urverdrängten durch Regression auf die sadistisch-anale Stufe. Die aggressiven und analen Ansprüche bleiben aber auch nicht immer bewußt und werden zumeist «isoliert». Mit diesen drei Abwehrweisen: Verdrängung, Regression und Isolierung, wird die Triebgefahr beim Zwang aber noch immer nicht erledigt. Die Person ist gezwungen, ihre Abwehraktion durch einen Daueraufwand zu sichern. FREUD nennt diese Sicherungstätigkeit des Ichs gegenüber der Wiederkehr der Triebgefahr *Gegenbesetzung*. Bei den Zwangsvorgängen manifestiert sich die Gegenbesetzung als «Ichveränderung», als «Reaktionsbildung» im Ich selbst.

Reaktionsbildungen sind demnach «Verstärkungen jener Einstellungen, welche der zu verdrängenden Triebrichtung gegensätzlich sind». Das will also sagen: *Das Ich sichert sich gegen die analen, schmutzigen Ansprüche durch die Reinlichkeit, gegen die Aggression durch Mitleid, Selbstlosigkeit, Fürsorge, Überzärtlichkeit.* Alle diese Reaktionsbildungen sind Übertreibungen der normalen Charakterzüge und kommen als Folge der Gegenbesetzung des Ichs zustande. So gesellt sich zu den drei Abwehrarten (Verdrängung, Regression, Isolierung) eine vierte, die der Reaktionsbildung. Als fünfte Abwehrweise bei den Zwangsvorgängen schildert FREUD den Mechanismus des Ungeschehenmachens. Die Abwehrarbeit des Zwangskranken ist also nach FREUDS Schilderung eine mannigfaltige, äußerst komplizierte Ichtätigkeit. Man muß annehmen, daß die geschilderten fünf Abwehrarten nicht immer gleichzeitig benützt werden und daß bei den verschiedenen Zwangskranken auch darin Unterschiede zu finden sind, *welche* Art der erwähnten Abwehrtechniken von ihnen zu einer gewissen Zeit bevorzugt wird. Daher erstens: die Mannigfaltigkeit der Variationen bei den Zwangsvorgängen, zweitens: der Streit unter den Autoren um die Frage:

Ist der Konflikt beim Zwangskranken bewußt oder unbewußt? Auch FREUD selbst äußerte sich zu dieser Frage nicht ganz eindeutig. An einer Stelle¹ schreibt er: «Man könnte einen Widerspruch gegen manche unserer Voraussetzungen darin finden, daß die unliebsame Zwangsvorstellung überhaupt bewußt wird. Allein es ist kein Zweifel, daß sie vorher den Prozeß der Verdrängung durchgemacht hat. In den meisten Fällen ist der eigentliche Wortlaut der aggressiven Triebregung dem Ich überhaupt nicht bekannt.» Andernorts äußert sich FREUD² wie folgt: «Später haben wir die Zwangsneurose studiert und gefunden, daß bei dieser Affektion die pathogenen Vorfälle nicht vergessen werden. Sie bleiben bewußt, werden aber auf eine noch nicht vorstellbare Weise ‚isoliert‘³, so daß ungefähr derselbe Erfolg erzielt wird wie durch die hysterische Amnesie.» Diese letzte Annahme finden wir auch bei H. BINDER⁴, der die nämliche Auffassung FREUDS wie folgt ausdrückt: «Nach unseren Erfahrungen glauben wir sagen zu dürfen, daß jene Komplexe beim Zwangskranken nicht verdrängt, aber gespalten sind...» «Das Individuum ‚weiß‘ zwar nach wie vor den Inhalt des Komplexkonfliktes – er ist ja nicht verdrängt –, aber dieses Wissen ist kein adäquates mehr, weil die Zusammenhänge des Konfliktes mit dem übrigen

¹ FREUD, S.: Ges. Schr., Bd. XI, S. 56 (Hemmung, Symptom und Angst).

² Ebenda S. 106 (Verdrängung und Abwehr).

³ Bemerkung des Autors: auf dem Wege der Introjektion (s. später, Bd. II).

⁴ BINDER, H.: Zit. Monographic, S. 38.

Bestand der Persönlichkeit unterbunden sind und daher nicht mehr erlebt werden.»

Die Ausdrücke «Unterbindung», «Abspaltung», «Abkapselung», «Verschattung» usw. sind alles Synonyme des FREUDSchen

Terminus «Isolieren»

Man hat also den Eindruck, daß ein Teil des Konfliktes in der Tat unbewußt ist (das Urverdrängte), hingegen die Ersatzbildungen, also all das, was durch Regression zum Vorschein kam, in irgendwelcher Form doch bewußt ist, aber durch die Maßregeln der Reaktionsbildungen, der Isolierung und des Ungeschehenmachens irgendwie doch «verstellt» wird. (Siehe später Introjektion im Band II.)

Die experimentelle Ich- und Triebanalyse von Zwangskranken hat uns in dieser Frage zu folgender Auffassung geführt:

I. Zwang ist nicht nur ein klinisches Symptom, sondern er ist selbst eine besondere Art der unbewußten Abwehrmechanismen des Ichs.

II. Zwang als Abwehrmechanismus besteht aus zwei unbewußten Ichfunktionen, die miteinander innig verschränkt wirken, und durch diese besondere Koppelung zweier unbewußter Ichaktionen kommt die Erscheinung zustande, die man klinisch als Zwangsercheinung bezeichnet.

III. Die zwei miteinander verschränkten Ichfunktionen des Zwangsmechanismus sind:

1. die *Verdrängung*,
2. die *Introjektion*, also die Einverleibung.

IV. *Testologisch* ist der Zwang durch die Ichreaktion = charakterisiert. Der Zwangsmechanismus kann vier Variationen zeigen, je nachdem, ob das gefährbringende Bedürfnis

$$k = \pm$$

1. aus dem Wunschbewußtsein schon total geräumt ist =

$$Sch = \pm 0$$

2. oder projiziert wurde =

$$Sch = \pm -$$

3. oder noch inflativ wirkt =

$$Sch = \pm +$$

4. oder aber das weibliche Ichideal dem männlichen mit Zwang integriert wurde =

$$Sch = \pm \pm$$

Im folgenden werden wir diese vier testologisch möglichen Variationen des Zwangsmechanismus einer ichpsychologischen Wirkungsanalyse unterwerfen.

Wirkungsanalyse des Zwangsmechanismus

I. Der klassische Zwangsmechanismus

1. Im Ichbild des klassischen Zwangsmechanismus = kommt die *Verdrängung* im unteren Teil des Ichbildes zum Ausdruck =

$$Sch = \pm 0$$

k	p
—	0

2. die totale *Introjektion* hingegen im oberen Teil des gleichen Ichbildes =

$$+ 0$$

Die klassische Zwangsabwehrtechnik ist also testologisch die Verschränkung von *Verdrängung* = und *Introjektion* =

$$Sch = - 0$$

$$Sch = + 0$$

Sie ist demnach eine kombinierte Abwehrtechnik.

3. Das gefährbringende Bedürfnis, den Vater oder die Mutter zu töten, den Vater oder die Mutter zu lieben, wird aus dem Wunschbewußtsein geräumt =

$$p = 0$$

4. Die Räumungsaktion geschieht auf zwei Wegen:

a) durch Verneinung =

b) und gleichzeitig durch Einverleibung =

$$k = -$$

$$k = +$$

$$k = \pm$$

5. Daher die Ambivalenz aller Zwangskranken =

Man kann aber die Wirkungsanalyse in weitere Richtungen ausdehnen.

6. Das unliebsame Bedürfnis wird *nur teils* verdrängt, d. h. *nur eine* Strebung des Bedürfnisses, z. B. die Aggression; die andere Tendenz, z. B. die passive Hingabe, der Masochismus, die Selbstsabotage, wird hingegen bejaht, also introjiziert =

$$\frac{k}{-} \quad \frac{p}{0}$$

$$\frac{k}{+} \quad \frac{p}{0}$$

7. Oder die verpönten Bedürfnisse, wie Analität, Sadismus =

werden verdrängt und unbewußtgemacht = deren Gegenbesetzung, also die Reaktionsbildungen, wie Mitleid, Gutmachen-Wollen, Reinlichkeit, Selbstlosigkeit, Fürsorge, werden hingegen angenommen, d. h. ins Ich eingebaut =

$$\int d = 0$$

$$\int s = 0$$

$$k = -, p = 0$$

$$k = +, p = 0$$

Auf Grund des Experimentes dürfen wir also sagen:

1. Bei den Zwangsvorgängen spielt die Verdrängung in der Tat eine primäre Rolle (vgl. FREUD);

2. *aber die meisten Symptome kommen durch Introjektion zustande.*

Durch die Einverleibung ins Ich verschwinden in der Tat die verpönten Strebungen aus dem Bewußtsein, aber ihre Ersatzbildungen werden einverleibt, introjiziert. Durch die Introjektion der Symptome (also der Ersatzbildungen und der Gegenbesetzungen) kommt einerseits die Reaktionsbildung, andererseits die Abkapselung, die Absperrung, die Abspaltung der konfliktbringenden Inhalte zustande ($p = 0$). Die Introjektion an sich ist eine unbewußte Ichfunktion. Da aber die Ichfunktion $k = +$ gleichzeitig auch eine bewußte Ichaktion in der äußeren und inneren Wahrnehmung darstellt, ist das Wissen um den Konflikt da, nur entstellt, d. h. *durch die Einverleibung verändert*. Über die möglichen Entstellungen, die auf dem Wege der Introjektion zustande kommen, werden wir im Kapitel «Introjektion als Abwehr» im zweiten Band noch Näheres erfahren (Berufssozialisierungen, Charakterbildungen usw.). Hier betonen wir nur die Tatsache, daß die experimentell enthüllte *Introjektion* der Ersatzbildungen des Urverdrängten (inbegriffen auch die durch Regression sekundär freigewordenen sadistischen und analen Strebungen) *die Annahme von besonderen Abwehrtechniken bei den Zwangskranken, wie Reaktionsbildungen, Isolierung, Ungeschehenmachen, völlig überflüssig macht, da alle diese symptombildenden Ichtätigkeiten nur die Folgen der Introjektion darstellen.*

Durch die Ergebnisse der experimentellen Ichanalyse glauben wir demnach die äußerst verwickelten, oft widerspruchsvollen Abwehrtechniken der Zwangskranken vereinfachen und auf zwei miteinander innig verschränkte, unbewußte Ichfunktionen, auf die *Verdrängung und die Introjektion*, zurückführen zu können. Alle Arten der Symptombildungen werden damit in einer höchst einfachen Weise verständlich.

Die besondere zusammengesetzte Abwehrtechnik, welche durch die Verschränkung von Verdrängung und Introjektion zustande kommt, nennen wir Zwangsabwehr. Sie ist weder reine Verdrängung noch reine Introjektion, sie ist durch die Verschränkung etwas anderes, nämlich Zwang. Die scheinbar kühne Annahme, daß Zwang nicht nur Symptom, sondern auch eine ganz besondere und häufige Abwehrart sei, wird testologisch durch die Erfahrung bekräftigt, daß wir überall, wo wir

das Hauptgerüst des Zwangsmechanismus, also die Ichreaktion $k = \pm$, auch ohne Räumung ($p = 0$), antreffen, ausnahmslos Zwangserrscheinungen finden.

I. Für die *klassische Form des Zwangsmechanismus*: $Sch = \pm 0$, sind drei Bedingungen charakteristisch:

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1. die totale Räumung = | $p = 0$ |
| 2. die Verdrängung = | $k = -, p = 0$ |
| 3. die totale Introjektion = | $k = +, p = 0$ |

Diese klassische Form ist für Zwangshandlungen der Zwangsneurotiker charakteristisch.

II. *Zwang und Projektion = Fluchtreaktion*: $Sch = \pm -$. Wir werden diese Abwehrart im Rahmen der Projektionsgruppe unter den Namen Fluchtreaktion, «Fugue» im Band II besprechen. Die ausschlaggebende Erscheinung ist hier natürlich die Projektion ($p = -$); die Person bezwingt aber die krankhafte, paranoide Projektion mit Verneinung ($k = -$) und gleichzeitiger Bejahung ($k = +$), also mit der Ambivalenz des Zwanges. Wir fassen diese Abwehrart der «Fugues» als die Vorphase der paranoiden Störung auf, die in reiner Form erst dann ausbricht, wenn die «Zwangsbremse» schon zusammengebrochen ist: aus $Sch = \pm -$ wird $Sch = 0 -$.

Aus dem zwanghaften Portiomanen wird ein manifester Paranoide. Man kann die Anwesenheit der Zwangstechnik bei diesen Kranken oft auch durch Inhalte der Symptombildung unbestreitbar feststellen. (Vgl. Fall 3.)

III. *Zwang und Inflation*: $Sch = \pm +$. Diese Abwehrart gehört der sog. *Deflationsabwehrtechnik* an, bei der die Inflation ($p = +$) mittels Zwangsmechanismus ($k = \pm$) eingeschränkt wird. Diese Abwehrart zeigt sich klinisch in Form von Denkwängen, Zwangsgedanken und besonders als Arbeitszwang. (Siehe Bd. II.)

IV. *Zwang und Integration*: $Sch = \pm \pm$. Über die Integration als Abwehrtechnik wird später in Bd. II ausführlich berichtet werden. Hier sei nur folgendes erwähnt:

1. Bei allen Zwangsmechanismen ist die abzuwehrende Gefahr das hintergründige weibliche Ich: $Sch = 0 \pm$.

2. Bei den klassischen Zwangsneurotikern mit schweren Zwangshandlungen $Sch = \pm 0$ wird das weibliche Ichideal isoliert und dessen Ersatz introjiziert. Bei der Fluchtreaktion $Sch = \pm -$ wird das weibliche (homosexuelle) Bedürfnis teils projiziert, teils verneint und die Ersatzbildung introjiziert. Bei der Zwangsdeflation $Sch = \pm +$ wird das weibliche Ichideal $p = +$ durch Zwang $k = \pm$ ungefährlich gemacht. Bei der Integration behält das Ich das weibliche Ichideal in sich ($p = \pm$), aber durch Zwang ($k = \pm$) wird es mit dem Mann, der eben den Zwang ausübt, legiert. So kommt, durch die Verschränkung von dem femininen *F-Ego* ($p = \pm$) und maskulinen *M-Ego* ($k = \pm$), das vollkommen integrierte Ich: $Sch = \pm \pm$, zustande.

3. Dieses integrierte Ich ist aber selten symptomfrei. Zumeist – wir werden darauf eingehend zurückkehren – produziert das integrierte Ich zwanghafte Katastrophenvorstellungen, die nicht selten zu dem Krankheitsbild der echten *Phobie* führen können. Nun wird von einigen Autoren – so auch von JASPERS – die Phobie den Zwangserrscheinungen zugeteilt.

Die Lehre lautet also: Überall, wo das experimentelle Zwangszeichen $k = \pm$ im Test erscheint, werden symptomatisch Zwangserrscheinungen in irgendeiner Form gefunden.

Das klassische Bild: $Sch = \pm 0$, ist unserer Erfahrung nach besonders für Zwangshandlungen charakteristisch. Die drei anderen Zwangsvariationen: $Sch = \pm -$; $\pm +$; $\pm \pm$, sind für Zwangsvorstellungen, Zwangsgedanken, Zwangspubien charakteristisch.

Hier sei noch erwähnt, daß unter normalen Umständen der Abwehrmechanismus Zwang gleichzeitig das männliche Ich, das M-Ego, darstellt und zu den männlichen Zügen des Charakters führt. Uns scheint, daß all das, was man den männlichen Anteil im Ich zu nennen pflegt, im Wesen die Kraft des stellungnehmenden Ichs darstellt. Mit dieser Kraft werden: 1. unliebsame Ansprüche aus dem Bewußtsein geräumt ($p = 0$), 2. die eine Strebung eines Gegensatzpaares verneint ($k = -$), das Gegenteil aber angenommen und einverleibt ($k = +$). Dieses Vermögen des Ichs ist das, was wir alltäglich männlich nennen.

4. Experimentelle Syndromatik der Zwangsneurose

I. Die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten zeigt die Tendenz zur Isolierung (zur vertikalen Spaltung). In den extremsten Fällen werden folgende Bedürfnisse im Hintergrund abgekapselt: Testologisch:

1. die Analität =	Abgekapselte Strebungen	$\begin{cases} d = 0 \\ p = 0 \\ by = 0 \\ s = 0 \end{cases}$
2. die Weiblichkeit =		
3. der Exhibitionsdrang =		
4. oft auch der Sadomasochismus =		

Im Vordergrund walten:

1. Kontaktzweifel =	Ambivalente Strebungen	$\begin{cases} m = \pm \\ k = \pm \\ e = \pm \\ b = \pm \end{cases}$
2. Entschlußzweifel =		
3. Ethischer Zweifel =		
4. Liebeszweifel =		

In der Praxis kommen diese extremen Formen der Isolierung selten vor. Zumeist finden wir nur in zwei Vektoren die vollständige Isolierung (± 0), bei den anderen Vektoren hingegen eine Tritendenz ($\pm -$), die aber die Isolierungstendenz dennoch in sich verbirgt. Daher die nachstehenden Variationen der Triebklassen.

II. Die Triebklasse der Zwangsneurotiker:

1. als inäquale Klasse, d. h. als Uni-Triebklasse figurieren =	$Ss^-, Pe^+, Schp^+$ Cd^+, Cm^+
2. als biäquale Klasse =	$Schp^-, Pe^+$ Pe^+, Sb^-
3. als tri- und quadriäquale Klasse =	$Phy^-, Ss^+, Schk^+;$ $Phy^+, Ss^-, Cm^+, Schk^+$

III. Triebformel:

1. viele Symptomreaktionen = (die Deutung siehe Rubrik I)	$k\pm, e\pm, m\pm, d^0, by^0, p^0$
2. wenige Wurzelfaktoren =	

IV. Als besondere Triebgefahr figuriert die:

Isolierungsgefahr:

a) im Affektleben =	$P = \pm 0$
b) im Ich =	$Sch = \pm 0$
c) im Kontakt =	$C = \pm 0, 0 \pm$
oft auch d) im Sexus =	$S = \pm 0$

Charakteristisch für Zwangsstörung ist, daß keine oder fast keine Reaktionen mit Triebüberdruck vorkommen. Dagegen besteht die Gefahr darin, daß der Zwangskranke auf dem Gebiete des ethischen Verhaltens, im Ich und im Kontakt, seine Ambivalenzlage fast nie zu lösen vermag, d. h. er ist unfähig, auf diesen Triebgebieten (*m*, *k*, *hy*, *h*) seine Tendenzspannungen zu entladen. Auf anderen Gebieten des Trieblebens hingegen zeigen Zwangsstörkere eine fast krankhafte Entladungsbereitschaft (*s*, *hy*, *p*, *d*). Diese fast stets entladenen Bedürfnisse manifestieren sich aber nie urtümlich, sondern durch Symptome ersetzt. So z. B. die Analtät als Reinlichkeitszwang (*d* = 0) die Weiblichkeit (*p* = 0) in femininen Handlungen (Putzen, Kochen, Einkaufen usw.), der Exhibitionsdrang (*hy* = 0) im Zeremoniell und so fort.

V. Besonderer Zwangsfaktorenverband:

1	2	3	4	5	6	7	8
\pm <i>k</i>	\pm <i>e</i>	\pm <i>m</i>	\pm <i>h</i>	0 <i>hy</i>	0 (—) <i>p</i>	0 <i>d</i>	0 — + <i>s</i>
Gebiete des Zweifels				Gebiete der Symptombildung			

VI. Anankastische Mitte:

	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
a) klassische Zwangsstörung =	\pm	0	\pm	0
b) Zwangsimpulse =	\pm	—	\pm	0
(zumeist bei latenter Homosexualität) =	0	\pm	0	\pm
	—	\pm	0	\pm

VII. Besondere Ichabwehr:

1. Die zwanghafte Isolierung der Weiblichkeit =	<i>Sch</i> = \pm 0
2. Fugues =	<i>Sch</i> = \pm —
3. Verdrängung =	<i>Sch</i> = — 0
4. Hemmung =	<i>Sch</i> = — +
wobei die Isolierung mit Zwang dominiert.	

VIII. Besondere Kontaktstörungen:

1. Die Kontaktambivalenz überwiegt =	<i>C</i> = 0 \pm , \pm 0
Seltener 2. Haltlose Reaktionen =	<i>C</i> = 0 —
3. Angstvolle Bindung =	<i>C</i> = 0 +
4. Untreue =	<i>C</i> = + —
5. Kontaktsperre =	<i>C</i> = — —
	} = 0 \pm

IX. Besondere Sexualstörungen:

1. Diagonale weibliche Spaltung =	<i>S</i> = + —
2. Liebesambivalenz mit Masochismus =	<i>S</i> = \pm —
3. Reiner Masochismus =	<i>S</i> = 0 —

X. Besondere Affektstörungen:

1. Der ethische Zweifel dominiert =	<i>P</i> = \pm 0
2. Gewissensangst =	<i>P</i> = + —
3. Sensitive Beziehungsangst =	<i>P</i> = 0 —

XI. Der Tendenzspannungsquotient ist sehr niedrig =

$$\frac{\sum 0}{\sum \pm} \text{ kleiner als } 1$$

Die Größe der prozentualen Symptomreaktionen ist sehr hoch; beide werden durch die Überzahl der ambivalenten und der Nullreaktionen bedingt.

% Sy.-R. größer als 50

Kasuistik

Fall 40. 35-jähriger Zwangsneurotiker

Der intelligente, total arbeitsunfähige Bildhauer, der in der psychopathologischen Literatur besonders belesen ist, beschrieb seine Lebensgeschichte wie folgt:

Selbstdarstellung

«Mein Schicksal wurde durch Vererbung, Erziehung und Umwelt bestimmt. Sprechen wir offen: Bei mir handelt es sich um eine ererbte Abnormität, und zwar um einen ‚schizoiden Pathotypus‘. Mit dieser schizoiden Konstitution hängt zusammen, daß ich mich schon als Kind von den Mitmenschen völlig abgesondert habe. Ich fühlte, daß ich irgendwie ganz anders war als alle andern Knaben meines Alters. Und wer kann mir sagen, wie weitgehend auch der Umstand mein Schicksal beeinflusst haben könnte, daß ich als Jude nicht beschnitten wurde? Habe nie mit Gleichaltrigen gespielt, denn es grauste mir, ein fremdes Wesen, das nicht meiner Familie angehört, nur zu sehen. In der Schule mußte ich durch das pure Dasein in einer Gemeinschaft die größten Qualen erleben. Meine instinktive Absonderung, Passivität, Timidität und Gehemmtheit fiel natürlich den andern auf, und bald wurde ich ein nach innen weinender und einsam leidender Genosse in der Schule.

Schon zu dieser Zeit prophezeite ich mir nicht viel Gutes für die Zukunft. Obschon mir damals noch alles unbewußt war, ahnte ich doch, daß sich meine Lage unter den Menschen später unerträglich gestalten würde. Von den Schülern und Lehrern mußte ich eine lange Reihe psychischer Schäden erleiden, da ich unfähig war, mich irgendwie zu verteidigen oder zurückzuschlagen. Und zu all diesen Qualen gesellten sich furchtbare Beklemmungen, Ängste... Mit der Zeit meldete sich auch der Drang zur Onanie, der ich noch heute hoffnungslos verfallen bin. Wer weiß, wie weitgehend auch die Onanie meine Entwicklung beeinträchtigt hat?»

Auf Nachfragen gibt der Patient an, daß er zumeist mit analen und sadistischen Phantasien onaniert.

«Und so ging es mir Jahr für Jahr ärger. Die Hemmungen, besonders aber die Zwangs-ideen und Zwangshandlungen haben mich völlig gelähmt. Es ist fast unmöglich, die unendliche Reihe von abnormen, krankhaften Zwängen, schlechten Gewohnheiten, Unsinnigkeiten und grotesken Gedanken aufzuzählen wie auch diejenigen verkehrten Betrachtungen und Anschauungen über Welt und Leben zu erwähnen, die mich quälten.

1. Als 9-10-jähriger mußte ich die Zeitungsblätter, die Seiten eines Buches von Seite zu Seite *ablecken*, aber nicht nur das, sondern alles, was ich in die Hand nahm.

2. Mußte ferner in den Rand des Tisches, des Tischtuches mit den Zähnen hineinbeißen.

3. Dann etwa mit 15-18 Jahren kamen *Zwangspose, Zwangsgrimassen*. So mußte ich mit den Armen und Beinen groteske, mit den Zähnen mahlend-kreisende Bewegungen machen usw.

4. Vom 17./18. Lebensjahr an trug ich eine Brille, die mir neue Zwänge brachte. Rutschte die Brille mir an der Nase etwas herunter, so traute ich mich nicht, sie mit der Hand in die richtige Lage zurückzusetzen, sondern beugte den Kopf nach hinten, sah mit dem Gesicht zum Plafond und machte so lange mit der Gesichtsmuskulatur und mit dem Kopf die bizarrsten Bewegungen, bis die Brille endlich den richtigen Sitz wieder einnahm. Und all das tat ich nur, um zu verhüten, daß ich mit den vielleicht nicht ganz reinen Händen das Brillengestell berühre und auf diesem Wege eventuell einen Fremdkörper ins Ohr hineinführe.

5. Seither quält mich die Angst, ich könnte mit diesen schweren Manipulationen meine Augen und Ohren zugrunde gerichtet haben. Ich mußte sogar daran denken, daß sich durch die Augen das Übel auf das Gehirn ausgebreitet habe.

6. Um in der Nähe der Lampe zu lesen, übte ich viele Jahre lang die mühsame Art des Lesens, daß ich, das Buch in der Hand haltend, in einer bestimmten Distanz von der Lampe stand. So holte ich mir eine Fußsenkung und habe mir die Füße zugrunde gerichtet.

7. Aller dieser Fehler wegen, die ich im Laufe der Zeit begangen habe, beschuldige ich mich stets.

Zuletzt kam die Selbstbeschuldigung, weil ich nicht sofort meine Blase entleere, sondern die Entleerung womöglich verschiebe, und nun holte ich mir ein Blasenleiden.

Und dann erwähne ich den Zeitaufwand beim Anziehen, Essen und in der Toilette. Ich verliere wegen der Riten bei diesen Angelegenheiten den ganzen Tag.

8. Ich habe eine ganz genaue Vorschrift, wie ich mich an- und auskleide.

9. Vor dem Essen muß ich Teller und Eßzeuge (Besteck) nach einem bestimmten Ritus untersuchen und peinlich reinigen.

10. Aber am schlimmsten ist es in der Toilette. Erstens bin ich nie sicher, ob ich schon fertig bin. Darum sitze ich stundenlang im WC. Zweitens kann ich mit der Reinigung nicht aufhören. Muß 8 oder 16 oder 32 usw. Toilettepapiere benutzen, muß die Papiere nach einer genauen Vorschrift zusammenlegen und sie benutzen. Falls sich der kleinste Riß im Toilettepapier zeigt, muß ich den ganzen Ritus von vorne anfangen.»

Diese Selbstdarstellung gibt uns das prägnanteste Bild vom Leben und Leiden eines Zwangsneurotikers. Nach Angabe der Mutter hatte der Proband im 18. Jahr einen leichten paranoid-schizophrenen Schub, der nur wenige Tage dauerte. Er wurde von den Kollegen in der Werkstatt geneckt, was ihn maßlos erregte, und plötzlich wollte er vom Fenster in die Tiefe springen, da er in seinen Halluzinationen die Möbel des Zimmers in Flammen sah. Zu gleicher Zeit entwickelte er die Wahnidee, man wolle ihn ausrauben, in der Badewanne erwürgen, und war völlig desorientiert. Nach wenigen Tagen kam er zu sich. Er ist aber seither – *also seit fast 17 Jahren* – wegen der Zwänge völlig arbeitsunfähig. Er lebte zu dritt mit Bruder und Mutter. An diesem Bruder hing er mit Liebe und Zärtlichkeit, ohne sie äußern zu können. Nach dem Tode des Bruders beginnt eine kuriose Dualunion mit der Mutter, die man fast eine «Symbiose» nennen kann. Mutter und Sohn besprechen zusammen alle Geschehnisse der psychischen Zwänge von den Toilette-Riten bis zu den Eßzwängen. Leben nur mit- und für-einander. Der Sohn, unser Proband, hilft ihr im Haushalt, er räumt auf, macht für die Küche Einkäufe, während die Mutter oft tagelang, ohne physisch krank zu sein, im Bett liegt und liest.

Die Mutter scheint mit den Jahren immer stärker einer Streitsucht zu verfallen, hat sich mit ihrer Familie, mit den Diensthofen zerstritten, hatte vorher einen *Putzzwang*, räumte täglich mehrmals die Wohnung auf, ist sogar jetzt imstande – falls sie sich vom Bett trennen kann –, den ganzen Tag ein Möbelstück zu putzen. Sie war mehrmals depressiv, zum ersten Male bei der Laktation. Zeigt schwere hypochondrische Züge und beklagt sich mit einer Logorrhöe, die kein Arzt zu Ende zu hören vermag. Ihre Gedankenwelt wird von ihrer Hypochondrie und von den Zwängen des Sohnes regiert. In der Sohn-Mutter-Dualunion spielt sie die *passive* Rolle. Sie betont, daß sie nach dem Tode des Sohnes Selbstmord begehen würde.

Diese stark paranoide Frau hatte vorher eine ähnliche Dualunion mit ihrem Bruder gebildet, der wegen *paranoider Schizophrenie* interniert war und in der Anstalt starb. Er entwickelte Prophetenideen und hielt den Bauern Predigten. Seine Schwester – also die Mutter des Probanden – war die einzige Person, die er nicht als seinen Mörder ansah. In der Tat hatte sie diesen schizophrenen Bruder mit der nämlichen Liebe und Zärtlichkeit gepflegt wie jetzt ihren Sohn. Als nun dieser Bruder starb, fiel sie in eine paranoide Depression und beschuldigte die Familie genau so, wie es ihr Bruder tat. In dieser Bruder-Schwester-Dualunion scheint die Probandmutter die aktive Rolle gespielt zu haben.

Es gehört zu der Krankengeschichte, daß unser Proband *nach einer fast zwei Jahrzehnte lang dauernden Zwangsphase*, 1941, nach einem heftigen Luftangriff, *plötzlich verrückt wurde*. Er halluzinierte, während er am Fenster stand, er sah sich verdoppelt auf der Straße gehen. Um Mitternacht fing er an, seinen früheren Dualpartner, den verstorbenen Bruder, bei dem Nachbarmietler zu suchen, und als man ihm die Türe nicht öffnete, wurde er aggressiv. So mußte man ihn – zum erstenmal – internieren. Die schizophrene (paranoide) Phase dauerte etwa drei Monate lang, und dann, nach seiner Entlassung, setzte er seine Zwangshandlungen fort, wo er sie vor dem Schub liegen ließ.

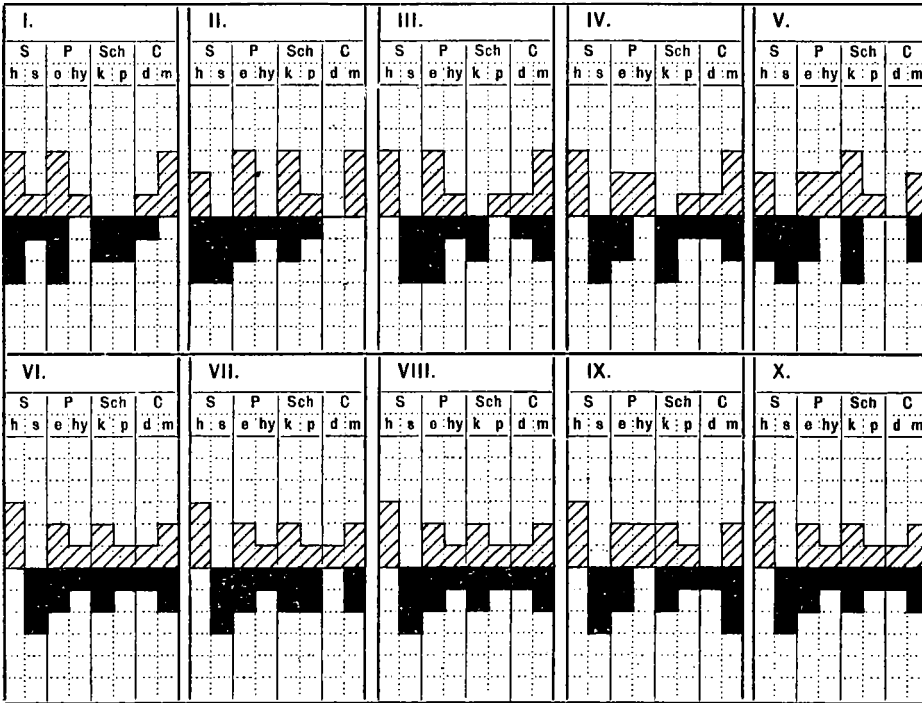
Wir müssen noch eine außergewöhnliche, lehrreiche Episode seines Lebens erwähnen. Er wurde 1943 als Jude in eine *Zwangsarbeiterkolonie* auf dem Lande eingeteilt. Hier arbeitete er ohne Beschwerden Monate hindurch. Er selbst behauptet, daß diese Zwangsarbeitperiode, in der er auf die Minute «wie ein Sklave in Ägypten» die schwerste Lastarbeit zu verrichten hatte, die glücklichste Zeit seines Lebens war. Er wurde gezwungen, das nämliche zu machen und zu leisten wie seine Schicksalsgenossen, und er konnte es leisten. Der äußere, reale und brutale Zwang besiegte die Kraft der inneren, irrealen Zwänge.

An diesem Zwangsneurotiker wurden zwei Zehnerserien mit dem Test gemacht. Hier besprechen wir nur die Ergebnisse der ersten Serie. Von denen der zweiten wird im zweiten Band die Rede sein.

I. Die Bestimmung der Person im Trieblinnäs

Tabelle XX, S. 278, der «Experimentellen Triebdiagnostik» sagt folgendes aus:

Die Mitglieder der quadriäqualen Klasse *Pby+*, der er angehört, zeigen klinisch: «Anlage zur Projektion; sie entwickeln sensitive, paranoide Beziehungswahn-



1938:	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ
Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
12.VI. I.	\pm 0	\pm 0	- -	0 +	3	2	5
II.	\pm -	\pm 0	\pm 0	0 +	3	3	6
III.	+ -	\pm 0	- 0	0 \pm	3	2	5
IV.	+ -	\pm +	- 0	0 \pm	2	2	4
V.	\pm -	\pm +	\pm 0	0 \pm	2	4	6
VI.	+ -	\pm 0	\pm 0	0 \pm	3	3	6
VII.	+ -	\pm 0	\pm -	0 \pm	2	3	5
VIII.	+ -	\pm 0	\pm 0	0 \pm	3	3	6
IX.	+ -	\pm +	\pm 0	0 \pm	2	3	5
X.	+ -	\pm 0	\pm 0	0 \pm	3	3	6
Σ 0	0 1	0 7	0 8	10 0	26		
Σ \pm	3 0	10 0	7 0	0 8		28	
T. sp. G.	3 1	10 7	7 8	10 8			54
Latenzgrösse	S = .2	P = .3	Sch = .1	C = .2			

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{26}{28} = 0.9$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$e_{10}^{\pm}, m_{8}^{\pm}, d_{8}^0, p_{8}^0;$
Submanifeste bzw. sublatente:	$hy_{7}^0; k_{7}^{\pm}$
Wurzel-Faktoren:	$h_{3}^{+}; s_{1}^{-}$

3. Latenzproportionen:

$\frac{Phy^{+}}{3} : \frac{Ss^{-}}{2} : \frac{Cm^{+}}{2} : \frac{Schk^{-}}{1}$

4. Triebklasse:

Phy⁻ quadriaequal

Abb. 57. Fall 40. Zwangsstörung. 35-jähriger Bildhauer

ideen; für das verlorene Objekt entschädigen sie sich in aggressiver (oder masochistischer) Form; Analität. Diagnose: Zwangsneurose oder Präschizophrenie.»

Der Linnäus erfaßt demnach den Probanden in seiner klinischen Erscheinung vollkommen.

II. Die *Syndromanalyse* spricht ebenfalls für eine Zwangsneurose, besonders folgende Symptome:

1. Erhöhung der prozentualen Symptomreaktion auf das Doppelte der Normalität; die Norm ist 20–30%; Proband gibt 67,5%. Diese Erhöhung ist durch die übernormale Häufigkeit der ambivalenten ($\Sigma \pm = 28$) und der Nullreaktionen ($\Sigma 0 = 26$) bedingt. Von 80 Reaktionen gab er 54 Symptomreaktionen (\pm , 0) und nur 26 Wurzelreaktionen (+ oder –).

2. Typisch ist für die Zwangsneurose auch der niedrige Tendenzspannungsquotient, der unter 1 steht (0,9), da ja die Summe der ambivalenten größer als die der Nullreaktionen ist.

3. Das totale Fehlen von Quantumspannungsreaktionen wird durch die Erhöhung der Ambivalenzreaktionen bedingt und ist ebenfalls ein Kennzeichen der Zwangsvorgänge.

4. Besonders charakteristisch ist aber die stereotype vertikale Spaltung der Gegensatzpaare in allen vier Vektorgebieten.

Er zeigt achtmal Kontaktambivalenz =
siebenmal ethische Gewissensambivalenz =
sechsmal die klassische Ichambivalenz =
und nur einmal Sexualambivalenz =

$C = 0 \pm$
 $P = \pm 0$
 $Sch = \pm 0$
 $S = \pm 0$

Man kann also sagen, die Macht der Ambivalenz dominiere überall, angenommen in der Sexualität, wo er sich eher in der paranoiden, diagonalen Richtung der Triebzielinversion spaltet: $S = + -$, $\pm -$ neunmal. Das Überwiegen der Ambivalenz bei Zwangsneurosen wird also experimentell sichtbar gemacht. Dies ist die Folge der vertikalen Spaltung der Triebgegensätze, die wir für Zwangskranke schicksalformend erachten.

5. Ein weiteres Kennzeichen der wirklichen Zwangsneurose ist die faktorielle Verteilung der Ambivalenz und der Nullreaktionen. Die Ambivalenz dominiert:

a) im Faktor *m*, also in bezug auf Anklammerung;

b) im Faktor *e*, also der Gewissenszweifel;

c) im Faktor *k*, also in der Stellungnahme; die Folge davon ist das Zweifler-Ich.

Die Nullreaktionen finden wir:

a) im Faktor *hy*, das manifeste Zeremoniell im Zwang;

b) im Faktor *p*, die totale Räumung der unerwünschten Vorstellungen und Strebungen aus dem Bewußtsein (das weibliche Ich wird isoliert);

c) im Faktor *d*, das Beharren, das Nicht-weiter-können-Können, der Wiederholungszwang, die Analität (WC-Zwänge).

Wir sehen demnach, daß die experimentelle Symptomanalyse das klinische Erscheinungsbild des Zwangsneurotikers vollständig, ohne eine Lücke zu lassen, erfaßt hat.

Nun wollen wir die Teilungsart bei diesem Zwangsneurotiker mit Hilfe der Komplementmethode weiter analysieren.

Er gab in den Profilen II, V, VI, VIII, IX und X das klassische Bild der Zwangsabwehr.

Tabelle 52. Gegensatzanalyse der Profile mit der klassischen Zwangsabwehr

		S	P	Sch	C
1. Das totale Gegensatzprofil		± ±	± ±	± ±	± ±
2. Die in der Tat gegebenen Profile mit der klassischen Zwangsabwehr V. G. P.	II	± —	± 0	± 0	0 +
	V	± —	± +	± 0	0 ±
	VI	+ —	± 0	± 0	0 ±
	VIII	+ —	± 0	± 0	0 ±
	IX	+ —	± +	± 0	0 ±
	X	+ —	± 0	± 0	0 ±
3. Die theoretisch zu erwartenden Komplementprofile Tb. K. P.	II	0 +	0 ±	0 ±	± —
	V	0 +	0 —	0 ±	± 0
	VI	— +	0 ±	0 ±	± 0
	VIII	— +	0 ±	0 ±	± 0
	IX	— +	0 —	0 ±	± 0
	X	— +	0 ±	0 ±	± 0

Analyse des Vordermannes

1. Im Vordergrund ist der Proband ein weiblicher Mann =
2. Er ist ambivalent:
 - a) im Sexus (unterdrückte Zärtlichkeit) =
 - b) im Gewissen (ethisches Zweifeln) =
 - c) in der Stellungnahme (Zweifler-Ich) =
 - d) und im Kontakt =
3. Im Sexus ist er aber zumeist invertiert =
4. Er bringt auf die Bühne seine Ambivalenzen (das Zeremoniell) =
5. verdrängt die Kainansprüche, die er gutmachen möchte =

6. Er ist ein Analmasochist =
7. und lebt seine Konkurrenzansprüche in invertierter Form manifest aus =

Auf Grund der Funktionsanalyse kann man noch folgendes feststellen:

8. Der Mann verdrängt =
 - a) und zwar seine groben analen =
 - b) Bemächtigungsansprüche =
 - c) und die exhibitionistischen Strebungen =
9. Er ist demnach auf einer kindlichen polymorph-perversen Sexualstufe fixiert =
bekämpft aber die Perversion mit Zwang =
10. Die Ersatzbildungen der bekämpften und verneinten pervertierten Strebungen introjiziert er ins Ich. So kommen seine Reaktionsbildungen und Ichveränderungen, die er zur Sicherung gegen die Perversion bewerkstelligen muß, zustande, und zwar:
11. a) die Beharrung, der Zeitaufwand und Wiederholungszwang mit dem analen Charakter =
b) das Zeremoniell =
c) die Zwangshandlungen =

S	Sch
+ —	± 0
S = ± —	
P = ± 0	
Sch = ± 0	
C = 0 ±	
S = + —	
by = 0	
P = ± +	
wobei P = — + =	
Kain	
e = + = das	
Gutmachen-Wollen	
bedeutet	
d = 0, s = —	
d = 0, p = 0	
S = + —	

Sch = — 0
d = 0
p = 0
by = 0
p d m b s
0 0 ± + —
k = ±
k = +
d = 0
by = 0
k = ±

Analyse des Hintergängers

Im Hintergrund herrscht eine Diskrepanz:

1. zwischen dem Wunsch, eine Frau zu sein =

Sch = 0 ±

- | | |
|---|---|
| 2. und dem Drang nach Aggression =
Der Hintergänger ist also eine <i>männliche Frau</i> = | $\begin{array}{r} S = - +, 0 + \\ \hline S \qquad \qquad Sch \\ - + \qquad \qquad 0 \pm \\ 0 + \end{array}$ |
| 3. Dieses Mann-Weib ist besessen =
a) vom Drang zur Anklammerung =
b) zum Narzißmus =
c) zur Überraschung der Welt und zu Kainstrebungen = | $\begin{array}{l} Sch = 0 + \\ m = 0 \\ k = 0 \\ e = 0 \end{array}$ |
| 4. Gleichzeitig projiziert er =
die nämlichen Strebungen =
d. h. beschuldigt andere, sie trügen Schuld, daß er krank sei usw. | $\begin{array}{l} Sch = 0 - \\ m = 0, k = 0, e = 0 \end{array}$ |
| 5. Die paranoide, diagonale Spaltung dominiert im Hintergrund, sie ist aber gebremst = | $\begin{array}{r} P \quad Sch \quad C \\ \hline 0 - \quad 0 - \quad + - \\ (0 \pm) \quad (0 \pm) \quad (\pm -) \end{array}$ |
| 6. Der Hintergänger löst seine Affektspannungen =
auf dem Wege des Jammerns; er bringt seine sensitive Beziehungsangst offen auf die Bühne = | $\left\{ \begin{array}{l} P = 0 \pm \\ e = 0 \\ P = 0 - \\ P = 0 + \end{array} \right.$ |

Die Gegensatzanalyse enthüllte in diesem klassischen Fall von Zwangsneurose folgende Zwiespältigkeiten:

In Vordergrund

1. steht ein weiblicher Mann ($S = + -, Sch = \pm 0$);
2. er kämpft mit: ethischem Zweifel ($e = \pm$), zwischen Gutem und Bösem,
3. er ist ferner ambivalent punkto Mannideal ($k = \pm$)
4. und punkto Treue ($m = \pm$)
5. *Der Vordermann ist also ein Zwangsneurotiker.*

Im Hintergrund

1. lauert eine männliche Frau ($S = - +, Sch = 0 \pm$);
2. sie kämpft mit: moralischem Zweifel ($hy = \pm$) (Schamhaftigkeit und Schamlosigkeit),
3. sie ist ferner ambivalent punkto *Fraideal* ($p = \pm$)
4. und punkto Untreue ($d = \pm$)
5. *Die hintergründige männliche Frau ist eine Paranoide.*

Auf Grund der Vorgeschichte müssen wir sagen, daß *der Schatten dieses Zwangskranken seine eigene paranoide Mutter ist*, die er von seiner mitgebrachten Triebmasse abgespalten hat und im Hintergrund hält. Aber die abgespaltene männliche Frau, die Mutter als sein Schatten, bedroht ihn stets. Er kämpft gegen diese paranoide Mann-Weiblichkeit mit dem Abwehrmechanismus des Zwanges. Solange der Zwang als Bremse tüchtig funktioniert, ist der Proband ein Neurotiker. Bricht aber diese Zwangsbremse zusammen, dann kommt die im Hintergrund lauernde paranoide mann-weibliche Mutter in den Vordergrund, und dann wird aus dem Zwangsneurotiker ein Paranoider.

In der krankhaft sonderbaren Dualunion von Sohn und Mutter ergänzen sich in der Tat vorzüglich die zwei Triebteile des vordergründigen männlichen Zwangsneurotikers mit seiner hintergründigen paranoiden Weiblichkeit.

Folgende Zusammenstellung zeigt uns die Profile der Dualpartner, zu gleicher Zeit getestet:

	S	P	Sch	C	Deutung
Sohn:	0 -	+ 0	± 0	+ ±	Phobie ($P = + 0$) mit Zwang
Mutter:	+ +	0 -	0 ±	- ±	Passive Dualunionistin, die einen paranoiden Charakter trägt

Aus den zwei gleichzeitigen Profilen der Dualpartner wird ersichtlich, daß in dieser Zweieinigkeit der Sohn den zwangsneurotischen aktiven und dabei doch analmasochistischen ($s = -$, $d = +$), die Mutter hingegen den aggressiven ($s = +$) inzestuös gebundenen, weiblichen, paranoiden Partnerteil repräsentiert.

Diese Art der Ergänzung der Partner ist bezeichnend für alle krankhaften Dualunionen.

*

Für die anderen Arten des Zwangs (Zwangsarbeit, Zwangsfucht usw.) werden wir weitere Fälle im zweiten Band vorführen.

B. Die Überraschungs- oder Paroxysmalneurosen

Zur Triebpsychologie der Konversions-, Angsthysterie, Phobie und Affektepilepsie

1. Allgemeines über die Hysterie

Fast alle Theorien über das Wesen der Hysterie heben hervor, daß hier *vorgebildete* Reaktionen eine ausschlaggebende Rolle spielen. Wir wollen hier diese Theorien nur so weit erwähnen, als es zum Verständnis der experimentellen Syndromatik der Paroxysmalneurosen unbedingt notwendig ist¹.

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

II. Die Krankheitszwecktheorie FREUDS 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*.

III. Die KRETSCHMERSche Hysterietheorie vereinigt die beiden. Der hysterische Mechanismus sei einerseits biologisch vorgebildet, andererseits aber sei er stets persönlich tendenziös und zweckvoll.

Die führenden Hysterie-symptome, wie das Hypnoide, der Stupor, der Krampf- und Zittermechanismus, lassen sich alle auf archaische, phylogenetisch uralte, tierische Instinktmechanismen zurückführen, welche zweckmäßige Abwehrmechanismen darstellen. «Hysterisch nennen wir», schreibt KRETSCHMER, «vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen, bei denen eine Vorstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient².»

Die Bedingungen des hysterischen Komplexes sind demnach:

erstens: die Mobilisierung biologisch vorgebildeter Abwehrmechanismen,
zweitens: die Tendenz.

Eine tendenziöse Handlung ohne Mobilmachung biologisch vorgebildeter Abwehrmechanismen ist nicht hysterisch, so z. B. die Simulation und Aggravation bei Renten-neurosen. *Ebenfalls ist ein Komplex nicht hysterisch, wenn er ohne Tendenz biologisch vorgebildete Abwehrmechanismen benützt*, z. B. das Schreck- und Paniksyndrom bei

¹ Näheres s. Schicksalsanalyse. 2. Aufl. S. 278 ff. und S. 284.

² KRETSCHMER, E.: Über Hysterie. Thieme, Leipzig 1923. S. 4.

Erdbeben. Die Formen der biologisch vorgebildeten Abwehrmechanismen stellt KRETSCHMER wie folgt dar:

a) Der *Bewegungssturm* ist eine archaische Reaktion von Lebewesen auf sie bedrohende oder in ihrem Lebenslauf behindernde Situationen. *Bewegungssturm ist also eine zweckmäßige Selbststeuerung zur Abwehr der Gefahr.* Bewegungssturm stellt sich bei Panik und Wut ein. Die höheren seelischen Funktionen werden dabei gelähmt. Bewegungssturm ist also immer ein Zeichen der Regression.

Die Symptome des Bewegungssturmes sind: kopflose Hyperkinesen, Schreien, Zittern, Krämpfe, stürmische Affektkrisen mit Wiederholungen.

Wenn irgendein Symptom des Bewegungssturmes in chronischer Form fixiert bleibt, kann man von sekundärer Konversion sprechen: Abasie, Astasie, Kontrakturen usf.

b) *Sich-tot-Stellen* (nach BABAK) ist diejenige archaische Form der Gefahrabwehr, bei der sich das Lebewesen auf dem Wege 1. der *Immobilisierung* (*Katalepsie*) oder 2. des *Sich-Versteckens* (*Kryptolepsie*) oder 3. des *hypnoiden Zustandes* (*Narkolepsie*) aus der Gefahr zu retten versucht.

c) *Farbenwechsel* (bei Menschen Erröten, Erblassen).

IV. Die *schicksalsanalytische Auffassung* behauptet, daß die archaischen Gefahrabwehrmechanismen alle Manifestationen des archaischen paroxysmalen Überraschungstriebes seien. *Der Überraschungstrieb hat die unbewusste Zielsetzung, eine Gefahr auf dem Wege der Überraschung der Umwelt abzuwehren.* Dieser uralte Überraschungstrieb ist demnach ein *Schutztrieb*, der seine Triebziele mit Hilfe von zwei aneinandergeschlossenen Bedürfnissen erreicht. Diese sind:

a) *Aufstauung von groben Affekten und plötzliche, explosionsartige Entladung dieser Affektenergien:* Faktor *e*;

b) *Sich-Verstecken:* Faktor *hy* (*hy* = —).

Durch Verschränkung dieser zwei uralten Triebbedürfnisse kommt der Überraschungstrieb zustande, der also stets ein Schutztrieb ist. *Der biologisch vorgebildete Abwehrmechanismus bei der Hysterie ist demnach im Vektor P zu suchen, und die paroxysmale Triebreaktion ist die erste, die biologische Bedingung der Hysterie.*

*

Die *zweite, ichhafte Bedingung* des hysterischen Komplexes, die *Tendenz*, ist im Ichvektor (*Sch*) auffindbar. Ohne eine unbewusste Ichabwehr gibt es keine Hysterie.

A. Die *Hysterie kommt durch die besondere Koppelung von paroxysmalen Überraschungs- und Ichabwehrmechanismen zustande.* Bei den Überraschungsneurosen finden wir fast immer – unter anderen Ichabwehrmechanismen – als den ausschlaggebendsten die *Entfremdung:* $Sch = - \pm$. Der Entfremdungsmechanismus ist bei der Hysterie nicht – wie bei der Depersonalisation – total im Gebrauch, sondern nur partiell. Das heißt: Der Hysteriker schaltet sich nur auf einem gewissen Gebiet der Empfindungs- und Wahrnehmungswelt aus der Umwelt aus.

Konversion ist triebpsychologisch die Folge der partiellen Entfremdung. Zum Beispiel: hysterische Blindheit (*Amaurosis*, *Ptoxis hysterica*); hysterisches Nicht-gehen-Können (*Abasie* usw.). Diese Konversionen fußen alle auf zwei Abwehrmechanismen:

1. *auf partiellem «Sich-tot-Stellen»;* dies ist die Folge des paroxysmalen Abwehrmechanismus: *P*;

2. *auf partieller Entfremdung* der Wahrnehmungs- und Empfindungswelt; dies ist die Folge des angewandten Ichabwehrmechanismus.

Die hysterische Analgesie (Ausschaltung der Schmerzempfindung), die hysterische Anästhesie (Ausschaltung des Tastsinnes), die hysterischen Seefeldstörungen sind alles Folgen einerseits der Anwendung des Mechanismus des Sich-tot-Stellens, andererseits der unbewußten Ichfunktion der Entfremdung. Der Unterschied zwischen tierischer Gefahrabwehr und hysterischem Komplex besteht also im folgenden:

1. Das Tier benützt die biologischen Abwehrmechanismen zur Abwehr von äußeren Gefahren, der hysterische Mensch dagegen zur Abwehr von äußeren und inneren Gefahren, d. h. auch zur Abwehr der Kainsansprüche (Hysterie, Hysteroepilepsie) oder der homosexuellen Ansprüche durch Bewegungsturm oder Sich-tot-Stellen.

2. Der Schutzmechanismus, den das Tier in Form von Bewegungsturm und Sich-tot-Stellen benützt, fußt allein auf dem Überraschungstrieb. Der Mensch benützt dabei stets auch einen Ichmechanismus (Entfremdung, Integration oder Desintegration).

B. Die Integration, gekoppelt mit einem paroxysmalen Überraschungsmechanismus, ist für die Phobie charakteristisch: $Sch = \pm \pm$ oder $Sch = \pm +$. Auch bei der Phobie benützt die Person zwei Abwehrmechanismen:

- | | |
|--|---|
| 1. Affektflut: $P = + +, (+ 0)$ | } |
| mit Affektebbe: $P = 0 0$ | |
| 2. Integration: $Sch = \pm +$ oder $Sch = \pm \pm$. | |

Integration heißt testologisch diejenige Form der Ichabwehr, bei der die Person die Randtriebfahren so abzuwehren versucht, daß sie die Randrieddilemmen ($S = \pm \pm; \pm +; - \pm; \pm -$; oder $C = \pm \pm; \pm +; - \pm; \pm -$) in das eigene Ich hineinzieht, hineinverlegt. Dadurch ist die Triebgefahr am Rande des Trieblebens gelöscht, um so größer aber wird die Gefahr im Ich. Die Person muß bei der Integration ihre Ichbremsen maximal anwenden, um sich selbst, also ihr Ich, ihr Bewußtsein nicht zu verlieren. Das ist typisch für die Phobiker.

C. Desintegration: $Sch = 0 0$ heißt diejenige Abwehrform des Ichs, bei der das Ich sich total aufgibt, um sich aus der Gefahr retten zu können. (Sich-tot-Stellen auch im Ich: $Sch = 0 0$). *Vor jeder Desintegration müssen wir eine Phase der Integration annehmen.*

Wenn die Person die Bremsen nicht mehr zu beherrschen vermag oder wenn auf dem Wege der Integration die Gefahr doch nicht abzuwehren ist, dann stellt sich die totale Ichaufgabe, der Ichverlust, also das Verlieren des Bewußtseins ein: $Sch = 0 0$.

Die Desintegration, mit einem Paroxysmal-Abwehrmechanismus gekoppelt, ist typisch für: a) Hysteroepilepsie und b) genuine Epilepsie.

Das abzuwehrende Bedürfnis ist zumeist der Anspruch Kains, d. h. der Wunsch, den Partner zu töten. *Anstelle des Tötens wendet er aber die Aggression gegen seine eigene Person.* Die Gefahr des Töten-Könnens wird sowohl bei der Hysteroepilepsie wie auch bei der genuinen Epilepsie mit Hilfe zweier Abwehrmechanismen abgewehrt:

1. *Affektentladung im Faktor e*: aus $P = -! -$ wird $P = 0 -$.
2. Durch *Ichverlust*: *Absence* oder *Ohnmacht*: aus $Sch = - \pm$ oder $Sch = \pm \pm$ wird $Sch = 0 0$.

Das Aufgeben des Bewußtseins, des Ichs, ist triebpsychologisch ebenfalls eine Art der Gefahrabwehr.

*

Zusammenfassend können wir auf Grund der experimentellen Triebforschungen über das Wesen der Überraschungsneurosen (im besonderen der Hysterie) folgendes sagen:

I. Alle Überraschungsneurosen, so die Konversions-, Angst- und epileptiforme Hysterie, sind Neurosenformen, bei denen das gefahrbringende Bedürfnis immer auf zwei Wegen abgewehrt wird:

- a) durch einen *paroxysmalen Überraschungsmechanismus*,
- b) durch eine *ichhafte Abwehrtechnik*.

Dem triebpsychologischen Wesen nach sind also Hysterie, Phobie und Affekt-epilepsie verwandte psychopathologische Erscheinungen.

II. Die wichtigsten *Paroxysmal-Abwehrfunktionen* sind:

- | | |
|---|---|
| 1. Bewegungsturm = | $P = + + \}$ |
| mit Affektentladung bei der <i>Hysterie</i> = | $P = 0 0 \}$ |
| 2. Sich-tot-Stellen aus panischer Angst = | $P = - -$ |
| mit Affektentladung bei <i>Affektepilepsie</i> und <i>epileptiformen Anfallneurosen</i> = | $P = \begin{cases} - 0 \\ 0 - \\ 0 0 \end{cases}$ |

III. Die wichtigsten *Ichabwehrmechanismen* sind:

- | | | | | |
|---|---|---------------------------|--|------------------------|
| a) 1. <i>Entfremdung</i> | } | bei der <i>Hysterie</i> = | | $Sch = - \pm$ |
| 2. <i>Hemmung</i> | | | | $Sch = - +$ |
| 3. <i>Verdrängung</i> | | | | $Sch = - 0$ |
| b) <i>Integration</i> bei der <i>Phobie</i> = | | | | $Sch = \pm \pm, \pm +$ |
| c) <i>Desintegration</i> bei <i>Affektepilepsie</i> = | | | | $Sch = 0 0$ |

IV. Die verschiedenen Formen der Überraschungsneurosen kommen durch besondere Koppelungen verschiedener Paroxysmal- und Ichabwehrmechanismen zustande.

- | | |
|---|-------------------|
| a) Für die <i>Konversionshysterie</i> ist folgende Koppelung bezeichnend: | |
| 1. Affektflut und -cbbe = | $P = + +, 0 0 \}$ |
| 2. mit Entfremdung = | |
| b) Für die <i>Phobie</i> : | |
| 1. Unütendenz des Gutmachen-Wollens = | $P = + 0 \}$ |
| 2. mit Integration im Ich = | |
| | $\pm + \}$ |
| c) Für die <i>Hysteroepilepsie</i> , <i>Affektepilepsie</i> ist pathognostisch die Koppelung: | |
| 1. Aufstauung aller Affekte = | $P = - - \}$ |
| mit Entladung der groben Affekte = | |
| 2. und die Desintegration, also Ichverlust, Ohnmacht des Bewußtseins = | $Sch = 0 0 \}$ |

2. Spezielle Syndromatik der Konversionshysterie

Vom Gesichtspunkt der Triebpsychologie aus nennen wir Konversionshysterie diejenige Form der Überraschungsneurosen, bei der die Person die gefährbringenden Ansprüche einerseits auf dem Wege einer partiellen Entfremdung gewisser Körperteile aus der Empfindungs- und Wahrnehmungswelt, andererseits durch Affektflut und -ebbe abzuwehren versucht.

Das gefährbringende Bedürfnis ist zumeist die Aggression, bei Frauen auch der Anspruch, ein Mann zu sein, bei Männern neben dem Wunsch des «Kains» auch der, Frau zu sein.

Das Urbedürfnis wird verdrängt ($Sch = - 0$) oder gehemmt ($Sch = - +$). Aber weder die Verdrängung noch die Hemmung allein genügen zur vollständigen Abwehr. Die Person ist gezwungen, 1. durch Innervationsstörungen oder 2. durch Motilitätsstörungen die Befriedigung des primären Bedürfnisses unmöglich zu machen.

A. Entfremdungssymptome

Die Innervations- und Motilitätsstörungen kommen stets auf dem Wege der unbewußten Ichabwehr der *Entfremdung* ($Sch = - \pm$), also durch die Ausschaltung von Empfindungs-, Wahrnehmungsregionen und Muskelgruppen zustande.

I. Empfindungsstörungen:

1. Störungen der Tastempfindung: Anästhesie.
2. Sensorielle Empfindungsstörungen des Geschmacks, des Geruchs, der Gesicht-, der Gehörempfindung, des Gleichgewichtes (Schwindel).
3. Störungen der tiefen Sensibilität.
4. Viszerale (Eingeweide-) Empfindungsstörungen.
5. Schmerzempfindungsstörungen: Analgesie.

II. Störungen der Motilität:

1. Lähmungen (Astasie, Abasie, Augenmuskellähmungen).
2. Aphonie (Stimmlosigkeit), Mutismus (Stummheit).
3. Stottern (hysterisch).
4. Kontrakturen (hysterische Verkürzung eines Muskels).
5. Muskelkrämpfe (Spasmen in den Eingeweiden oder im Respirationsapparat, wie Kolitis, Asthma usw.).
6. Zittern (Tremor).
7. Vasomotionsstörungen (Migräne).
8. Sekretionsstörungen (Hyperhydrosis, Fluor).

III. Stoffwechselstörungen:

1. Hysterisches Fieber.
2. Hysterische Abmagerung (Anorexie mentalis oder Kachexie).

IV. Sexualstörungen: Frigidität, Impotenz, Vaginismus.

B. Hysterische Paroxysmen, paroxysmale Abwehrmechanismen

1. Affektflut ($P = + +$) oder
2. Affekteebe ($P = 0 0$), Apathie, Stupor.

All diese Störungen haben die unbewußte Zielsetzung, durch Entfremdung und durch Überraschung die *innere* Gefahr abzuwehren. Die innere Erlebniswelt wird ausgeschaltet, und die «Werkzeuge» der Befriedigung werden gelähmt. (Z. B. Vaginismus, Abasie, Astasie usw.)

Die experimentelle Syndromatik der Konversionshysterie zeigt folgende Merkzeichen auf:

		Testologisch:		
		<u>S</u>	<u>Sch</u>	
I. Die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten ist, besonders bei Frauen, eine männliche, partielle diagonale Spaltung =		— +	— + — ±	
II. Die Triebklasse:				
1. Die Klasse für Konversionshysterie ist = Sie kommt durch die häufige Entfremdungsabwehr zustande =			Schk ⁻ Sch = — ±	
2. in biäqualer Form = oder triäqualer Form = wobei oft die Tendenz zum Sich-rein-Waschen (Pe+) vorherrscht = Seltener =			Schk ⁻ Pe ⁺ Pe ⁺ Schk ⁻ Ss ⁻ Pe ⁺ Schk ⁻ Cm ⁺ Phy ⁻ triäqual Ss ⁻	
3. Inäquale Klasse = (z. B. bei Frigidität, Impotenz)			Ss ⁻	
4. oder bei latenter Homosexualität =			Sb ⁺	
III. Die Triebformel der Konversionshysterie zeigt folgende Variationen:				
1. Die klassische, abgekürzte Formel =			$\frac{p^0 \text{ und } p^\pm}{k^-}$	
2. In totaler Form = (Klasse: Schk ⁻ , Phy ⁻ , Cm ⁺)			$\frac{p^{0\pm}; e^{\pm 0}}{k^-; s^+; b^-; hy^-; m^+}$	
3. Bei oralen oder analen Konversionen = (Klasse: Schk ⁻ , Ss ⁻ , Pe ⁺)			$\frac{p^{\pm 0}; b^{\pm 0}; hy^{\pm 0}; d^{\pm 0} \quad m^{\pm 0}}{k^-; s^-; e^+}$	
4. Konversion mit Depression = (Klasse: Schk ⁻ , Cd ⁺)			$\frac{p^{\pm 0}; m^{\pm 0}}{k^-; d^+}$	
5. Konversion mit Anlage zu paroxysmalen Anfällen = (Klasse: Schk ⁻ , Sb ⁺ , Phy ⁻)			$\frac{p^{\pm (0)}; s^{\pm 0}; e^{\pm 0}}{k^-; b^{+(-)}; hy^-; m^+}$	
6. Hysteriforme Konversionen mit Eifersuchtsanfällen = (Klasse: Schk ⁻ , Pe ⁺ , Cm ⁺)			$\frac{p^{\pm 0}; hy^{\pm 0}; s^{\pm 0}; d^{0\pm}}{k^-; e^+; m^+}$	
7. Konversion mit Anlage zu Hysteroepilepsie = (Klasse: Schk ⁻ , Pe ⁺ , Cm ⁺)			$\frac{p^{\pm 0} \quad hy^{\pm 0}}{k^-; e^+; m^+}$	
8. Konversionshysterie mit Anlage zu Hautausschlägen (Ekzem, Urtikaria) oder Frigidität = usw.			$\frac{b^{\pm}; m^0; p^0 \pm}{s^+; d^+; k^-; e^+}$	
IV. Besondere Triebgefahren:				
1. Unitendenz im Ich, Verdrängung =			Sch = — 0	
2. Tritendenz im Ich, Entfremdung =			Sch = — ±	
3. Affektflut = mit Ebbe (Desintegration der Affekte)			P = + + P = 0 0	
4. Männliche diagonale Spaltung im Sexus =			S = — +	
V. Spezifischer Faktorenverband der Konversionshysterie:				
	1	2	3	4
	—	±, 0 (+)	+ (0)	+ (0)
	k	p	e	hy
VI. Die besondere konversionshysterische Mitte = (Auch viele Schuld- und Strafangstreaktionen in der Mitte.)				
	e	hy	k	p
	+ (0)	+ (0)	—	±
	+ (0)	+ (0)	—	0
	+ (0)	+ (0)	—	+

VII. Besondere *Ichabwehr*:

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Entfremdung = | $Sch = - \pm$ |
| 2. Verdrängung = | $Sch = - 0$ |
| 3. Hemmung = | $Sch = - +$ |
- Diese Abwehrarten bilden die Hälfte oder sogar Dreiviertel aller Ichbilder.

VIII. Besondere *Kontaktstörungen*:

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. Untrue = | $C = + -$ |
| 2. Vereinsamung = | $C = 0 -$ |
| 3. Biobjektive Bindung = | $C = + +$ |
| 4. Unglückliche Bindung = | $C = 0 \pm$ |

IX. Besondere *Sexualstörungen*:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Triebzielinversion der Frau = | $S = - +$ |
| 2. Unitendenz des Zärtlichkeitsanspruches = | $S = + 0$ |
| 3. Selbstsabotage = | $S = 0 -$ |

X. Besondere *Affektstörungen*:

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. Affektflut = | $P = + +$ |
| mit darauffolgender | $\quad + \pm$ |
| 2. Affektabbe = | $P = 0 0$ |
| 3. evtl. Exhibitionsdrang = | $P = 0 +$ |
| 4. Phobie = | $P = + 0$ |

(Vgl. hierzu Fall 41.)

Tabelle 53. Einige typische Profile bei Konversionshysterie

Nr.	S	P	Sch	C	Bemerkungen
1	- +	+ +	- +	± 0	Bei dieser konversionshysterischen Frau ist die Sukzession in den Vektoren P und Sch für ihre Neurose typisch.
2	- 0	0 0	- +	± +	
3	- 0	0 0	- ±	± +!	
4	± -	+ +	- 0	+ -	<i>Selbstsabotage</i> wegen latenter Homosexualität (Mann)
5	± -	+ 0	0 ±	+ ±	
6	± -	+ +	- ±	+ -	
7	+ -	+ -	- ±	+ +	<i>Selbstbestrafung</i> <i>Selbstbestrafung</i> <i>Selbstbestrafung</i>
8	0 -!	+ -	- ±	± 0	
9	+ -	+! -	- +	± 0	
10	+ 0	+! -	- ±	± 0	Verdrängtes Rivalisieren mit dem Mann $d = \pm, p = \pm, s = 0$
11	± +	± -!	- 0	+ 0	Die Sukzession im Ich ist typisch
12	± +	0 -!	- +	+ 0	
13	± 0	+ 0	- ±	+ 0	

3. Spezielle Syndromatik der Phobie und Angstneurose

Allgemeines über die Angst

Angst ist nach FREUD stets ein Gefahrsignal, d. h. die Funktion eines Signals zur Vermeidung einer Gefahrensituation. Man spricht in der Ps.-A. von folgenden Angstformen:

1. *Uranst*: Sie entsteht durch das Trauma der Geburt (RANK)¹. Jede Angst wäre nach dieser Annahme die Reproduktion des Geburtstraumas. So auch die:

2. *Abtrennungsangst*, bei der das Trauma der Geburt durch Krisen in der Dualunion, durch Objektverlust und Hilflosigkeit zurückkehren soll.

¹ RANK, O.: Das Trauma der Geburt. Int. Ps.-A.-Verlag. Bd. XIV. Leipzig-Wien-Zürich 1924.

3. *Kastrationsangst*: Nach FERENCZI auch nur eine Art von Abtrennungsangst, indem eben das Mittel verlorenggeht, mit dem die Vereinigung mit der Mutter zustande käme.

4. *Gewissensangst* oder *soziale Angst* stellt sich erst später anstelle der Kastrationsangst ein; sie ist die Angst vor dem Über-Ich.

Die Anschauung der Existentialphilosophie von der Angst hängt im Wesen mit der von RANK von dem Trauma der Geburt innig zusammen.

Im Kapitel «Das Sein des Daseins als Sorge» schreibt MARTIN HEIDEGGER: «Das Sich-ängsten ist als Befindlichkeit eine Weise des In-der-Welt-Seins; das Wovor der Angst ist das geworfene In-der-Welt-Sein; das Worum der Angst ist das In-der-Welt-sein-können. Das volle Phänomen der Angst demnach zeigt das Dasein als faktisch existierendes In-der-Welt-Sein¹.»

Ohne Geburt wäre aber das «geworfene In-der-Welt-Sein» seiner Aktualität beraubt.

Unsere schicksalsanalytischen Triebuntersuchungen haben gezeigt, daß das Dasein der Angst bei mehr als der Hälfte der Menschen experimentell nachzuweisen ist. Diese Untersuchungen zeigten aber *die innige Beziehung zwischen Ichfunktion und Angst*. Wir konnten nachweisen, daß die Angst am häufigsten mit der Integrationsfunktion ($Sch = \pm \pm$; $\pm +$) und mit der Verdrängungsarbeit des Ichs ($Sch = - 0$) einhergeht (62,7% bis 59,2%).

In der «Experimentellen Triebdiagnostik»² haben wir über diese Frage folgendes vermerkt: Vermutlich hängt die Angst bei der Integration mit der kühnen Unternehmung zusammen, unbewußte, irrationale Es-Elemente bewußtzumachen, und zwar so, daß sich die Person dabei von der Wirklichkeit der Welt nicht völlig abtrennt. Diese Bestrebung zwingt den Menschen dazu, die Bremsen des Bewußtseins auf das Maximum zu spannen. Sie schweben ständig über tiefen Abgründen zwischen Bewußtsein ($Sch = + +$) und Unbewußtsein ($Sch = - -$).

Bei der Verdrängung besteht die Angst vor dem Zurückkehren des Urverdrängten (FREUD). Die Angst des Menschen sinkt dagegen, wenn das Ich entweder die Stellungnahme aufgibt – wie bei der Besessenheit ($Sch = 0 +!$) – oder wenn das Ich die Bewußtmachung einstellt – wie bei der totalen Introjektion ($Sch = + 0$) –, endlich wenn das Ich sich völlig aufgibt und in Ohnmacht fällt ($Sch = 0 0$).

Die Lehre, die wir aus diesem Zusammenhang zwischen Angst und Ich ziehen, ist die: *Der Grad des Sich-Ängstens scheint beim Menschen von dem Grad der Bewußtmachung des Unbewußten abzuhängen*. Es ist schon möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß die Angst beim Menschen die Folge der Bewußtwerdung ist und das Unbewußte das «Wovor der Angst» darstellt. Angst scheint doch ein Gefahrsignal des Einbruchs des Unbewußten in das Bewußtsein zu sein.

*

Angst hat immer auch körperliche Abfuhrreaktionen wie Herzklopfen, Erblassen, Diarrhöe, Atembeschleunigung usf.

Die Körperreaktionen der Angst sind natürlich wie bei der Konversionshysterie mobilisierte, vorgebildete paroxysmale Schutzabwehrmechanismen. Ihre Mobilisierung ist auch für die reale Angst typisch (z. B. bei Erdbeben).

¹ HEIDEGGER, MARTIN: Sein und Zeit. 5. Aufl. Niemeyer, Halle a. d. S. 1941. S. 191.

² S. 189, Tab. 31, und S. 190.

Von einer Konversion kann man aber nur dann sprechen, wenn ein Symptom nach Ablauf der realen Angst stationär fixiert zurückbleibt. Z. B.: Tremor nach dem realen Erlebnis. Von dem Gesichtspunkt der Realität aus spricht man von realen und irrealen Angstzuständen. Irreal ist die Angst vor Liebesverlust bei Hysterie, die Angst vor Kastration bei Phobie, die Angst vor dem Über-Ich bei Zwang.

Phobie ist der Terminus für die letzte Phase der Angsthysterie. Man spricht dann von einer Phobie, wenn erstens das angsterregende Objekt schon einen Ersatz gefunden hat, zweitens das Ersatzobjekt bewußtseinsfähig wurde. Die psychologischen Schritte bei der Phobie sind die folgenden:

1. Inzestuöse Liebe und Haß gegenüber dem Vater oder der Mutter;
2. Angst vor dieser Haßliebe;
3. Verdrängung der Liebes- und Haßvorstellungen;
4. Ersatz der Vater- oder Mutterangst durch die vor Tieren (Hund, Wolf, Pferd usw.) oder Lebens- und Arzneimitteln, mit denen man dann andere vergiften könnte (Pilze), oder Dingen, mit denen man den Partner ermorden könnte (wie Schere, Messer usw.), oder Höhe und Tiefe, von der bzw. in die man den Liebespartner hinunterstoßen könnte usw.

5. Die Angst vor dem Liebes- und Haßobjekt bleibt weiter verdrängt, dagegen wird die Angst vor dem Ersatzobjekt bewußtseinsfähig. Die Person ist sich dessen bewußt, daß sie an einer Tier-, Vergiftungs-, Tötungs-, Höhen- oder Tiefenphobie leidet. Das ökonomische Prinzip der Ersatzbildung kommt dadurch zum Ausdruck, daß die Unlust durch die Ersatzbildung vermindert wird, da ja die Person die Ersatzobjekte zu vermeiden vermag (FREUD).

Die experimentelle Syndromatik der Phobie weist folgende Merkmale auf:

I. Die Lösung der Triebgegensätzlichkeiten geschieht durch Integration

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. im Ich = | $Sch = \pm \pm (\pm +)$ |
| 2. oder auch im Affektleben = | $P = \pm \pm (\pm -, \pm +)$
oder $P = + 0$ |

II. Die Triebklasse bei der Phobie ist mannigfaltig:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Inäquale Klasse = | $Sb+; Sb-; Pe+;$ |
| 2. Dieselben kommen auch in bi- oder triäqualer Form vor | $Cm+; Phy-$ |

III. Die Triebformel:

A. In der $Sb+$ -Klasse

- | | |
|---|---|
| 1. finden wir die klassische phobische Formel = | $\frac{k\pm p\pm by^0, r^0, d^0}{e^+, b^+, m^+}$ |
| Variationen: | |
| 2. Angstneurose mit Größenwahn = | $\frac{p\pm k\pm}{by^+ m^+}$ oder
$\frac{k\pm p\pm by^0}{b^+ m^+}$ |
| 3. Paranoide Phobie mit Anlage zur Homosexualität = | $\frac{p\pm}{b^+ m^+ by^-}$ |

B. In der $Pe+$ -Klasse:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Paranoide Angsthysterie = | $\frac{by^0 p\pm k\pm}{e^+ d^+ b^+}$ |
| 2. Angsthysterie in der Schule (Klausurangst) = | $\frac{by^0; p\pm k\pm}{e^+; m^+}$ |

3. Phobie =	$\frac{by^0(+), k\pm(0)}{e^{+1} p^+ b^+}$
4. Phobie mit Analerotik und Größenideen =	$\frac{d\pm(0) m^0, by^0, k\pm(0)}{b^+ p^+ e^+}$
C. In der Cm^+ -Klasse:	
1. Phobie (Sexualneurose) =	$\frac{d\pm k\pm by^0(\pm)}{m^+ p^+ b^+ e^+}$
2. Phobie mit Zwang =	$\frac{d^0; e\pm, by^0 k\pm p\pm(0)}{m^+ b^+ \text{ oder } m^+ p^+ b^+}$
D. In der $Schp^+$ - triäqualen Klasse	
Inflative paranoide Angst mit Sublimationsfähigkeit =	$\frac{k\pm d^0 \pm s^0 e\pm(0)}{p^+, m^+, b^- by^-}$
E. In der Cd^+ - triäqualen Klasse: Angstneurose, Analmasochismus =	$\frac{m^0; by\pm^0 b\pm p\pm}{d^+ e^+ s^- k^+}$
F. In der Phy^- - triäqualen Klasse: latente Homosexualität mit Phobie =	$\frac{e^0 \pm k\pm p\pm d^0(\pm)}{by^{-1} s^- b^+ m^+}$

IV. Besondere *Triebgefahren*:

1. Integration im Ich mit der Gefahr der Desintegration (Ichverlust) =	$Sch = \begin{matrix} \pm & \pm \\ 0 & 0 \end{matrix} \}$
2. Tritendenz im Ich (Arbeitszwang mit Phobie) =	$Sch = \pm +$
3. Unitendenz in der Gewissensangst =	$P = + 0$
4. Oder: Integration der ethisch-moralischen Kräfte mit der Gefahr des Verlustes jeglicher Haltung =	$P = \begin{matrix} \pm & \pm \\ 0 & 0 \end{matrix} \}$

V. Besonderer *phobischer Faktorenverband*:

1	2	3	4	5	6
$\frac{\pm}{k}$	$\frac{\pm(+)}{p}$	$\frac{+}{e}$	$\frac{0(\pm)}{by}$	$\frac{+!}{s}$	$\frac{- (0)}{m}$
Integration im Ich		Phobie		Masochismus	Angst, das Objekt zu verlieren

VI. Die *phobische Mitte*:

Für die Phobie ist der diagnostische Wert der Reaktion $P = + 0$ sehr groß.

e	by	k	p
+	0	\pm	\pm
+	0	\pm	+
+	+!	\pm	\pm
+	\pm	\pm	\pm
0	-!	0	0
+	-	0	0

VII. Besondere *Ichabwehr*:

1. <i>Integration im Ich</i> = Sie erscheint oft als Katastrophennahung (Weltuntergangsangst)	$Sch = \pm \pm$
2. Arbeitszwang mit Phobie = Die beiden Ichreaktionen kommen mit	$Sch = \begin{matrix} \pm & + \\ (P = + 0) \end{matrix} \}$
3. Verdrängung =	$Sch = - 0$
4. Zwangsprojektion =	$Sch = \pm -$
5. Entfremdung =	$Sch = - \pm$
6. Zwang =	$Sch = \pm 0$
7. und Desintegration = gemischt in einer Zehnerserie vor. Für die Diagnose Phobie wird aber stets die Integration im Ich = und die phobische Reaktion im Affektleben = pathognostisch das wichtigste Zeichen sein.	$Sch = \begin{matrix} \pm & \pm \\ P = + 0 \end{matrix} \}$

VIII. Besondere *Kontaktstörungen*:

- 1. Angst, das Objekt zu verlieren = $C = 0 +!$
- 2. Infantile Bindung: Wunsch, im Schoße der Mutter zu leben = $C = 0 0$.
- 3. Suchen nach dem Ersatzobjekt = $C = + -$

IX. Besondere *Sexualreaktionen*:

- 1. Unitendenz des Kulturdranges = $S = - 0$
- 2. Diagonale Spaltung = $S = + -$
- 3. Unitendenz der Zärtlichkeit = $S = + 0$
- 4. (seltener) Unitendenz des Sadismus = $S = 0 +$

X. Besondere *Affektreaktionen*:

- 1. *Phobische Reaktion* = $P = + 0$
- 2. Panische Angst = $P = - -$
- 3. Sensitive Beziehungsangst = $P = 0 -$
- 4. Ethische Dilemmen = $P = \pm -$
 $\pm \pm$

Tabelle 54. *Typische Profile bei Phobie*

Nr.	S	P	Seb	C	Bemerkungen
1	- 0	+ 0	$\pm \pm$	0 +	Diese Profile wurden von verschiedenen Phobikern geliefert.
2	- 0	+ \pm	$\pm \pm$	0 +	
3	- 0	$\pm \pm$	$\pm \pm$	0 +!	
4	-! 0	+ +!	$\pm \pm$	0 +!	Phobie mit Angst, das Objekt zu verlieren ($m = +!$)
5	- 0	+ \pm	$\pm \pm$	0 0	
6	- -	+ +	$\pm \pm$	+ +!	$Seb = 0 +$ stammt von $Seb = \pm +$
7	-! 0	$\pm +$	$\pm +$	- +	
8	-! 0	± 0	0 +	$\pm +$	
9	- -!	+ +	$\pm \pm$	0 +!	
10	+! -	0 -!	0 0	0 +	<i>Phobie mit Ichverlust, z. B. Agoraphobie</i>
11	+! -	+ -	0 0	$\pm +$	
12	+! -	0 -	$\pm +$	$\pm +$	Paranoide Phobie Hypochondrische Phobie
13	+! -	+ -	0 0	+ -	
14	+! -	0 -	- 0	± 0	

(Vgl. hierzu Fall 43.)

4. *Spezielle Syndromatik der Hysteroepilepsie, der Affektepilepsie und der genuinen Epilepsie*

Allgemeines

Das epileptische Syndrom besteht klinisch aus folgenden Symptomen:

1. *Krampfanzfall*: Plötzlich einsetzende Bewußtlosigkeit mit Krämpfen, zunächst Starrheit, dann klonische Zuckungen der Glieder, lichtstarre Pupillen, Urinabgang, Zungenbiß. Nach dem Anfall komatöses Stadium mit Amnesie.

2. *Vorboten*: Stimmungsänderung, Reizbarkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Zittern; Initialsymptome (Aura): Zuckungen, Vor- und Rückwärtslaufen, Drehbewegungen; Parästhesien, Geschmacks- oder Geruchsüberempfindlichkeit; Klingen, Pfeifen, Taubheit; Funken- und Farbensehen, Rotschen; Makro- und Mikropsie, seltener Blindheit; Erröten oder Erblässen, Schwitzen usw.

Psychische Initialsymptome: Sinnestäuschungen, Angst, Gereiztheit, Depression, Paramnesie: die Vorstellung, man habe alles schon einmal erlebt.

3. *Leichtere Formen*: Absence-Zustände; Pyknolepsie (= gehäufte kleine epileptische Anfälle), Narkolepsie (= plötzlich eintretende, nur wenige Minuten dauernde Schlafanfalle, Schwindelanfälle).

4. *Psychische Äquivalente*: a) *Poromanie* (Ausreißen), b) *Dipsomanie* (periodische Trinkexzesse), c) *Heißhunger* (Féré), d) *Kleptomanie*, e) *Pyromanie* (Brandstiftung), f) *Thanatomanie* (Amokläufer, Mordtrieb, Selbstmordanfälle).

5. *Züge des epileptischen (epileptoiden) Charakters*: Egoismus, Egozentrismus, dabei anfallartige *Demütigkeit*, Religiosität, *Pedanterie*, Langsamkeit, schmierig-klebrige Vertraulichkeit, Engherzigkeit mit anfallartiger Weitherzigkeit, unendliche Toleranz mit plötzlicher Intoleranz, Umständlichkeit, strenge Korrektheit (Kleidung, Haare, Bart), gemessenes, förmliches Verhalten, Weitschweifigkeit, klebriges Erzählen; Explosivität, Wutanfälle, Dankbarkeit- und Vertrauen-Suchen^{1, 2, 3}.

6. *Psychosenwahl der Epileptiker*: Religions- und Verfolgungswahn, Demenz, Schwachsinn; Größenideen. (Paranoia auf epileptischer Basis n. BUCHHOLTZ.)

Erblichkeit: Die Epilepsie zeigt einen komplizierten *rezessiven* Erbgang.

Die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit:

1. bei Geschwistern von Epileptikern:	3 %
2. bei Kindern von Epileptikern:	10 %
in der Durchschnittsbevölkerung:	0,3 %

Die histologischen Veränderungen am Hirn der Epileptiker sind *nicht* primär, sondern die Folge der Gefäßstörungen infolge der Gefäßspasmen (SPIELMEYER).

Die Psychologie der Epileptiker

Unter anderen Autoren, die sich mit der Psychologie der Epilepsie beschäftigten, wagte FREUD die mutigste Auffassung zu äußern: Die Epilepsie sei eine *funktionelle* Störung. In seiner Arbeit: «Dostojewski und die Vätertötung» (zuerst erschienen 1928), sagt FREUD folgendes:

«Was in der Gleichartigkeit der geäußerten Symptome zum Vorschein kommt, scheint eine *funktionelle* Auffassung zu fordern, als ob ein Mechanismus der abnormen Triebabfuhr organisch vorgebildet wäre, der unter ganz verschiedenen Verhältnissen in Anspruch genommen wird, sowohl bei Störungen der Gehirntätigkeit durch schwere gewebliche und toxische Erkrankungen als auch bei unzulänglicher Beherrschung der seelischen Ökonomie, krisenhaftem Betrieb der in der Seele wirkenden Energie. Hinter dieser Zweiteilung ahnt man die Identität des zugrunde liegenden Mechanismus der Triebabfuhr. Derselbe kann auch den Sexualvorgängen, die im Grunde toxisch verursacht sind, nicht ferne stehen; schon die ältesten Ärzte nannten den Koitus eine kleine Epilepsie, erkannten also im sexuellen Akt die Milderung und Adaptierung der epileptischen Reizabfuhr⁴».

FREUD glaubt, daß die «*epileptische Reaktion*» sich der Neurose zur Verfügung stellen kann, und zwar zum Zwecke, Erregungsmassen, mit denen die Person psychisch nicht fertig werden kann, auf somatischem Wege zu erledigen. Er faßt also den epileptischen Anfall als ein Symptom der Hysterie auf.

Nach FREUD unterscheidet man mit Recht: 1. eine «*organische*» und 2. eine «*affektive*» Epilepsie. «Wer die eine hat, ist ein Gehirnkranker, wer die andere hat, ein Neurotiker.» Hier sprechen wir nur von der «*affektiven*», nichtorganischen Epilepsie, die man auch Hysteroepilepsie nennt.

Die Psychologie der Epilepsie entwickelt Freud wie folgt:

1. *Der Anfall hat den Wert einer Bestrafung;*
2. *und zwar aus Schuld, daß man einen anderen (zumeist den Vater oder die Mutter) totgewünscht hat;*
3. *nun wird man selbst dieser andere, und zwar durch Identifizierung mit dem Toten, also mit dem, den man selbst totzuschlagen gewünscht hat, und so ist man selbst tot.*

Der Anfall ist also eine Selbstbestrafung für den Todeswunsch gegen den gehaßten Vater (oder gegen die gehaßte Mutter).

Das Urbedürfnis der Vätertötung wird mit Hilfe eines organisch vorgebildeten Abwehrmechanismus abgewehrt.

FREUD sucht im Vätermord das Haupt- und Urverbrechen der Menschheit wie des Einzelnen aufzufinden, also den Kain. Er ist die Hauptquelle des Schuld-

¹ SZONDI, L.: Schicksalsanalyse, Benno Schwabe, Basel 1948. 2. Aufl. S. 284, Tab. 13.

² STRÖMGREN, E.: Om den ixothyme Psyke, Hospitalstidende, 1936.

³ BOHM, E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. Huber, Bern 1951. S. 172 ff.

⁴ FREUD, S.: Ges. Schr., Bd. XII, S. 11/12.

gefühls. Die «epileptischen Todesanfälle» wären nach FREUD als eine «vom Über-Ich strafweise zugelassene Vateridentifizierung» aufzufassen.

«Für das Ich ist das Todessymptom Phantasiebefriedigung des männlichen Wunsches und gleichzeitig masochistische Befriedigung, für das Über-Ich Strafbefriedigung, also sadistische Befriedigung.»

Aus dem «sadistischen» Über-Ich kann man folgende Charakterzüge der Epileptiker ableiten:

1. Demütigkeit, 2. Masochismus oder Sadosomachismus, 3. *Religiosität*.

Was spricht für die Richtigkeit dieser *funktionellen* Auffassung der «Affekt-epilepsie»?

1. *Die Ergebnisse der genealogischen Untersuchungen:*

a) Die Häufigkeitsziffer der Epilepsie bei Körperverletzern ist 12–14%; in der Durchschnittsbevölkerung nur 0,3%! (BOHNHOEFFER).

b) Nur Tötlichkeitsverbrecher und Sittlichkeitsverbrecher zeigen eine innige genealogische Verbindung zu Epilepsie (STUMPFEL).

c) Bei *erblicher* Epilepsie eines Elternteils fand CONRAD 13%, bei sicherer *traumatischer* Epilepsie dagegen nur 3,3% bestrafte Kinder.

d) Mit Ausnahme der genuinen Epilepsie – sagt F. EXNER¹ – ist ein Erbzusammenhang zwischen Psychose und Kriminalität nicht erweislich.

2. *Die Psychoanalyse*, besonders die *Traumdeutungen* von Epileptikern zeigen die Verdrängung krimineller, zumeist sadistischer Ansprüche bei Epileptikern (STEKEL, JUNG usw.)².

3. *Die Ergebnisse der experimentellen Triebforschungen*^{3,4}:

a) Epileptiker geben im Experiment mit dem Triebtest typische *Mörder-symptome*: $e = -$, $k = -$, $(p -)$, $m = -$, d. h. das «Mörder-E».

b) Dieses «Mörder-E» wird aber bei Epileptikern oft mit einem Triebventil im Faktor e unterbrochen:

e	k oder p	m
0	—	—

Das will sagen: Der *Epileptiker wehrt den Kain so ab, daß er sich totstellt*.

c) Der Epileptiker stellt sich aber oft auch im *Ich* tot: $Sch = 0$; das will sagen, er gibt sein Ich, sein Selbstbewußtsein auf.

d) Als Zeichen der Schuld- und Strafangst finden wir bei Epileptikern folgendes Zensurbild:

e	hy	k	p
0	—!	—	0
0	—!	—	±
0	—	—	+

Die experimentelle Triebforschung durchleuchtet also folgende Triebgeschnehnisse in der Tiefenseele der Epileptiker:

¹ EXNER, FRANZ: Kriminalbiologie. Hanseatische Verlagsanstalt, Hamburg 1939.

² JUNG, C. G.: Psychologie und Erziehung. Rascher, Zürich 1946. S. 16/17.

³ SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik, S. 93 f.; S. 266 (Tab. VIII); S. 267 (Tab. IX); S. 279 (Tab. XXI).

⁴ BICHSEL-HUBACHER, M.: Beitrag zur Psychologie des Epileptikers im Licht der experim. Triebdiagnostik. Diplomarbeit. 1949.

1. Der Epileptiker hat das Bedürfnis, zu töten («Mörder-E»),
2. wehrt aber den Kain mit dem Anfall, mit «*Sich-selbst-tot-Stellen*» ab ($e = 0$).
3. Leidet wegen der Kainansprüche an Schuld- und Strafangst (Mitte: $0 - - \pm [0]$).

Die FREUDSche Auffassung von der Psychologie der Affektepilepsie wurde also *experimentell* bewiesen.

Die *experimentelle Syndromatik der Affektepilepsie - ohne organische Störungen* - läßt sich wie folgt darstellen:

I. *Triebklasse*: Folgende Klassen können in uni-, bi- oder triäqualer Form bei Epilepsie vorkommen:

Testologisch:
 1. Phy^- , 2. Sb^+ ,
 3. Cm^- , 4. Sbk^- ,
 5. $Schp^-$, 6. Cm^+

II. *Triebformel*, abgekürzt =

$$\frac{e^0}{hy^-}$$

III. *Triebgefahren*:

1. Quantumspannungen in den Faktoren =
 Das heißt: Im Sexus, im Drang, sich zu verstecken, in der Abtrennungs- und der Projektionsbereitschaft ist der Triebüberdruck am größten =
2. Unitendenz des Sich-verstecken-Wollens =
3. Haltlosigkeit =

1. $b = +!$
2. $s = +!$
3. $hy = -!$
4. $m = -!$
5. $p = -!$
- $P = 0 -$
- $C = 0 -$

IV. *Der epileptiforme Faktorenverband*:

1	2	3	4	5	6
—; 0 <i>e</i>	—! <i>hy</i>	—; ± (0) <i>k</i>	—; ± (0) 0 <i>p</i>	0 <i>d</i>	— <i>m</i>

Folgende experimentelle Symptome weisen auf eine Affektepilepsie hin:

1. *Große Mobilität im Bedürfnis e*; die Person liefert in der Sukzession 3-4 Variationen von Reaktionen *e* in einer Zehnerserie.
2. *Das «Mörder-E»* =
 mit einem *Triebventil im Faktor e* =
3. Ständige Abwechslung folgender zwei Affektreaktionen =
 Ohne die Reaktion $e = -$ kann man die Diagnose Epilepsie experimentell nicht aufstellen.
4. *Das paroxysmale Ich* =
 mit *Ichverlust* =
5. *Das Sich-Verstecken* =
6. Klasse des «Sich-Versteckens» =
7. oft mit der paranoiden Klasse kombiniert =

$e = -$	$e = 0$	$e = \pm$	$e = +$
e	k	p	m
—	—	—	—
0	—	—	—
$P = - - -$	$P = 0 - -$	$Sch = \pm - -$	$Sch = 0 0 -$
$Sch = 0 0 -$	$hy = -!$	Phy^-	$Schp^-$

V. *Epileptiforme Mitte*:

Diese Mittevariationen können bei der Epilepsie abwechseln. Keine dieser Mittevariationen genügt allein zur Diagnose der Epilepsie.

e	hy	k	p
—	—!	—!	—
0	—!	—	—
0	—	—	\pm
0	—	0	0
—	—	0	—
—	—	\pm	—
—	—	—	\pm

VI. *Besondere Ichabwehr*:

1. Entfremdung =
2. Fugues =

$Sch = - - \pm$
 $Sch = \pm - -$

3. Integration =
mit Desintegration =
4. Hemmung =
5. Verdrängung =

$$\left. \begin{aligned} Sch &= \pm \pm \\ Sch &= 0 0 \end{aligned} \right\}$$

$$Sch = - +$$

$$Sch = - 0$$

Je mehr neurotische Abwehrmechanismen von einem Epileptiker benützt werden (also Hemmung, Verdrängung und Entfremdung), um so wahrscheinlicher ist die Diagnose *Hystero-epilepsie*. Dagegen müssen wir an eine organische Epilepsie denken, wenn die Zahl der frühinfantilen Ichbilder (Projektion, Introprojektion) überwiegt.

VII. Besondere *Kontaktstörungen*:

1. Haltlosigkeit =
besonders pathognomisch ist die *Vereinsamung* = $C = 0 - !$
 $m = - !$
2. Das Suchen des Ersatzobjektes = $C = + -$
3. Angstvolle Anklammerung = $C = 0 + !$
Sie ist stets ein Hinweis auf irgendein psychisches Äquivalent der Epilepsie wie Stottern, Migräne, Asthma, Ekzem, Heuschnupfen usw.¹ oder die Folge der Behandlung.
4. Inzestbindung = $C = - - +$
besonders charakteristisch: das *Kleben* = $d = - -$

VIII. Besondere *Sexualreaktionen*:

1. Überdruck im Sexus = $S = + ! + ! !$
2. Unitendenz der Zärtlichkeit (mit Trotz) = $S = + 0$
3. Ambivalenz in Aktivität - Passivität = $S = + \pm$

IX. Besondere *Affektreaktionen*:

1. Aufstauung von Wut mit Sich-Verstecken = $P = - - -$
2. Entladung der Wut im Anfall = $P = 0 - -$

Tabelle 55. Typische Triebprofile bei Epilepsie in der Sukzession

Beispiel Nr.	Profil Nr.	S	P	Sch	C	Für die Epilepsie sprechen:
I	1	+! +!!	- -	- -	0 -	1. $P = - - -$ und $0 -$ in der Sukzession 2. das Mörder-E mit dem Notausgang im $e = 0$
	2	+ +!	0 -	- -	+ -	
II	1	+!!! +	- 0	0 -	$\pm -$	1. $e = - 0, +, -$ 2. $Sch = 0 0$ 3. das Mörder-E mit dem Notausgang im $e = 0$ 4. $m = -, b = + ! !$ 5. $P = - - ! ; 0 - ! !, - 0$
	2	+!!! +	0 -!!	- 0	$\pm -$	
	3	+!!! +	+ -	0 -	- -	
	4	+! +	- -!	0 0	± 0	
III	1	+!! 0	- -	- 0	+ -	1. Mörder-E 2. Triebventil $e = 0$ 3. Affektentladung und das paroxysmale Ich ($Sch = \pm -$) 4. Mörder-E mit Kainreaktion 5. Der reine Kain (Mitte Profile 4 und 5)
	2	+! \pm	0 -	0 -	+ -	
	3	$\pm +$	0 0	$\pm -$	+ -	
	4	+! +	- 0	+ -	0 -	
	5	+ \pm	- +	+ -	0 -	
	6	+! +	-! -	+ 0	$\pm -$	
IV	1	+ +	0 -!	$\pm \pm$	0 -	1. $P = 0 -$ und $P = - - -$ 2. $Sch = \pm \pm, \pm -; - \pm$ 3. Mörder-E
	2	+!! 0	0 \pm	$\pm -$	- -	
	3	+ +	- -	- \pm	0 -	
V	1	+! 0	+ -	- -	+ -	1. $e = +, -, 0$ 2. $Sch = 0 0$ 3. $m = -, b = + !$
	2	+! 0	- \pm	0 0	+ -	
	3	+! 0	0 \pm	- 0	+ -	

¹ Vgl. hierzu: Schicksalsanalyse, S. 284, Tab. 13. Der paroxysmale Triebkreis.

Tabelle 55. Typische Triebprofile bei Epilepsie in der Sukzession (Fortsetzung)

Beispiel Nr.	Profil Nr.	S	P	Sch	C	Bemerkungen
VI	1	$\pm \pm$	$\pm \pm$	$0 +$	$0 -$	1. $e = +, \pm, 0, -$ 2. $Sch = -! -!$ und $0 0$ 3. $m = -, b = +!!!$ 4. das Mörder-E mit dem Notausgang im $e = 0$ (Profil 3 u. 4)
	2	$+!! \pm$	± 0	$0 0$	$+ -$	
	3	$+!!! \pm$	$0 -!$	$- +$	$0 -!$	
	4	$+!!! \pm$	$- 0$	$-! -!$	$+ \pm$	
VII	1	$0 -$	$+ -$	$\pm \pm$	$- +$	1. $e = +, 0, -, +$ 2. $Sch = \pm \pm$ und $0 0$ 3. $P = ++, C = -+$ } Epilepsie mit Phobie u. Konvers.-hysterie $Sch = - \pm$
	2	$0 \pm$	$0 -$	$- \pm$	$- +$	
	3	$0 -$	$- \pm$	$+ 0$	$0 +$	
	4	$- -$	$+ +$	$0 0$	$- \pm$	
VIII	1	$+ +$	$0 -$	$- \pm$	$- 0$	Keine manifesten Anfälle Depersonalisationserscheinungen mit Dämmerzuständen ($Sch = - \pm$)
	2	$+ +$	$0 -$	$- \pm$	$0 -$	
	3	$+ +$	$0 -$	$- \pm$	$- +$	
IX	1	$0 +$	$- \pm$	$- \pm$	$+ -$	Paranoide Epilepsie: 1. Mörder-E 2. mit Entladung im e ; und mit Ichverlust: $Sch = 0 0$ } $0 +$ } (Epilepsie mit Paranoia nach BUCHHOLTZ)
	2	$+!! +!$	$0 -$	$0 0$	$+ -!!$	
	3	$- +$	$\pm -$	$0 +$	$- \pm$	
	4	$- 0$	$\pm -$	$+ +$	$- \pm$	
X	1	$+! +!$	$+ -$	$0 -$	$- -$	Epilepsie mit Schwachsinn: 1. $e = +, 0, -$ 2. Mörder-E 3. $P = - + =$ Kain 4. $m = -, b = +!!$ 5. $Sch = 0 0$ 6. $m = -!$ 7. zu viel: $Sch = 0 -$
	2	$+ 0$	$0 -$	$0 -$	$- -$	
	3	$+!! +$	$- +$	$0 -$	$+ -!$	
	4	$+! +!$	$-! +$	$0 0$	$- -$	
	5	$+ 0$	$- 0$	$\pm -$	$0 \pm$	
XI	1	$- +$	$0 -$	$0 0$	$0 +$	Ständige Absenzen: 1. $e =$ immer 0 2. $Sch =$ immer $0 0$
	2	$\pm +!$	$0 -$	$0 0$	$- +$	
	3	$\pm +!!$	$0 -$	$0 0$	$- \pm$ usw.	
XII	1	$+ +!$	$0 -!!$	$0 0$	± 0	Epilepsie mit Kleptomanie: a) Für die Epilepsie sprechen: 1. $e = 0, -, +$ 2. das Mörder-E mit dem Ventil im $e = 0$ 3. $Sch = 0 0$ b) Für Kleptomanie: $d = -!, \pm, 0$ $e = 0$ $k = +$ u. $-$ $s = +!!$
	2	$+ +$	$- -$	$+ 0$	$-! 0$	
	3	$+ +!!$	$0 -$	$- -$	$0 -$	
	4	$+! +!$	$+ -$	$- -$	$- 0$	
XIII	1	$+! +!!$	$- -!$	$- -$	$0 -$	Paranoide Epilepsie: a) Paranoide; Profil 2 b) Epileptoid: 1. $P = - -, P = 0 -$ 2. Mörder-E mit einem Ventil: $e = 0$
	2	$+ +!$	$0 -!$	$0 -$	$+ -$	
XIV	1	$+ +$	$+ -!$	$- +$	$0 +$	Hysteroepilepsie: a) Für Epilepsie sprechen: $e = +, 0, -, 0; P = - -!$ } u. $P = 0 -$ } b) Für die Neurose (Hysterie): $m = +!, C = -! +!!$; ferner die Ichabwehr: Hemmung und Verdrängung
	2	$+! +$	$0 -$	$- 0$	$0 +!$	
	3	$+! 0$	$- -!$	$- 0$	$0 +!$	
	4	$+!! 0$	$0 -$	$- 0$	$-! +!!$	

Tabelle 56. Typische Profile bei Äquivalenten von Epilepsie

Beispiel Nr.	S	P	Sch	C	Bemerkungen
I. Stotterin	0 — 0 — 0 — 0 —	0 — + — 0 — — —	± +! 0 +! — +! — +!	0 +! — +! + +! — +!	Stotterer-Syndrom 1. Faktor e: 0 (+), — } 2. Faktor m: +! (±, —) } (orale Aufstauung)
II. Stotterer	— — — — + — ± — + — + —	± — + — + — 0 — + 0 + 0	+ + 0 + ± 0 + + — ± — —	— +! 0 + + — 0 — 0 + + ±	3. Faktor p = + oder 0 4. Faktor s = — ; 5. by = — Diff.-Diagnostik zur Epilepsie: 1. kein Mörder-E 2. viele e = +-Reaktionen weniger e = --Reaktionen
III. Migräne	± — ± 0 + — + — ± —	— ± 0 ± + ± 0 ± + —	— + — + 0 ± — ± ± +	± + ± + — 0 ± 0 — +	Migräne 1. e = —, 0 +; = Zeichen der Paroxysmalität, aber mit zuviel e = 0-Reaktionen 2. s = — 3. p = +, ± 4. C = ± +, ± 0
IV. Asthma	+ +! + +! + +! + +! ± + ± + + +	— — — — ± — 0 — 0 0 0 0 0 0	0 — + —! + —! — —! ± —! ± —! ± —!	+ — + 0 0 + 0 + — + 0 + ± ±	Asthma 1. e = —, ±, 0 = Paroxysmalität mit viel P = 0 0- und — — Reaktionen 2. s = +! 3. p = —!; häufig kommt das paroxysmale Ich: Sch = ± —! vor 4. d = viel 0-Reaktionen m = viel +-Reaktionen

(Vgl. Fall 42.)

Tabelle 57 faßt die experimentelle Syndromatik der zwei Neurosenarten zusammen.

Kasuistik. Fälle 41-43

Fall 41. 23jähriges Mädchen. Amenorrhöe als Konversion

Die 23jährige Tochter erschien mit ihrer Mutter in meiner Sprechstunde zwecks einer endokrinologischen Untersuchung, da sie seit über zwei Jahren keine Menstruation hatte und die Unmenge von Hormonspritzen erfolglos waren. Da aber die in dieser Richtung durchgeführte Untersuchung völlig negativ ausfiel, machte ich bei der Patientin eine Zehnerserieaufnahme mit dem Triebtest, die dann ihren Masochismus und ihre Selbstsabotage enthüllte (vgl. Abb. 58). Ich teilte der Mutter mit, daß ich das Fehlen der menstrualen Blutung auf psychische Ursachen zurückführe und nahm das Mädchen in Analyse, in der sich allmählich ihre Seelenlage enthüllte.

Der Vater war Oberarzt eines kleinstädtischen Spitals, die Mutter Lehrerin. Sie hat eine Schwester, die drei Jahre älter ist und die sich vor kurzem scheiden ließ. Die Ursache der Scheidung war die Probandin. Sie hatte nämlich eine langjährige Beziehung mit dem Schwager, ohne daß die Schwester oder die Eltern es ahnten. Die Kette, die sie an den Schwager band, war der Sado-masochismus. Es mußte stets einer der Partner grausam gequält werden und leiden. Als sich aber diese Beziehung zu lockern begann und der Schwager sie völlig abzubauen versuchte, hat die Probandin «aus Rache» dem strengen Vater ihre Beziehung zum Schwager

Tabelle 57. Experimentelle Syndromatik der Neurosen

Art der Neurose →	I. Ichneurose	II. Überraschungsneurosen																																								
Experimentelle Syndromatik ↓	Zwangsneurose	A. Konversionshysterie																																								
I. Lösung der Triebgegensätzlichkeiten	durch Isolierung der synergistischen Bedürfnisse	durch männliche, diagonale Spaltung (besonders bei Frauen)																																								
II. Triebklasse	$S_s^-; Pe^+; Schp^+(-); Cd^+; Cm^+; Phy^-$ in inäqualer, bi-, tri- und quadriäqualer Form	$Schk^-; Pe^+ Schk^-;$ $Pe^+ Schk^- S_s^-; Pe^+ Schk^- Cm^+$																																								
III. Triebformel Symptomfaktoren = Wurzelfaktoren =	$k\pm; e\pm; m\pm; d^0; hy^0; p^0$ $s^- \quad b^+$	$p^0\pm; hy\pm^0; d^0\pm; s\pm^0$ $k^-; e^+; m^+; b^+$																																								
IV. Besondere Triebgefahren	1. Ethischer Zweifel = $P = \pm 0$ 2. Entschlußzweifel = $Sch = \pm 0$ 3. Bindungszweifel = $C = \pm 0$ $= 0 \pm$	1. Verdrängung = $Sch = - 0$ 2. Entfremdung = $Sch = - -$ 3. Affektflut und -ebbe = $P = + -$ und $P = 0 0$ 4. Diagonale, männliche Spaltung $S = + -$																																								
V. Faktorielle Quantumspannungen	fast keine	1. $hy = +!$ oder $hy = -!$ 2. $m = +!$ oder $m = -!$ 3. $s = +!$ oder $s = -!$																																								
VI. Die Mitte	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td></td><td>\pm</td><td>0</td><td>\pm</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>\pm</td><td>-</td><td>\pm</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>0(-)</td><td>\pm</td><td>0</td><td>\pm</td></tr> </table>		<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>		\pm	0	\pm	0		\pm	-	\pm	0		0(-)	\pm	0	\pm	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td></tr> <tr><td></td><td>+ (0)</td><td>+ (0)</td><td>-</td><td>\pm</td></tr> <tr><td></td><td>+ (0)</td><td>+ (0)</td><td>-</td><td>+</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td>0</td></tr> </table>		<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>		+ (0)	+ (0)	-	\pm		+ (0)	+ (0)	-	+				-	0
	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																						
	\pm	0	\pm	0																																						
	\pm	-	\pm	0																																						
	0(-)	\pm	0	\pm																																						
	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>																																						
	+ (0)	+ (0)	-	\pm																																						
	+ (0)	+ (0)	-	+																																						
			-	0																																						
VII. Pathognostischer Faktorenverband	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>\pm</td><td>\pm</td><td>\pm</td><td>\pm</td><td>(-) 0</td><td>0</td><td>0</td><td>0 (-, +)</td></tr> <tr><td><i>k</i></td><td><i>e</i></td><td><i>m</i></td><td><i>b</i></td><td><i>hy</i></td><td><i>p</i></td><td><i>d</i></td><td><i>s</i></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	\pm	\pm	\pm	\pm	(-) 0	0	0	0 (-, +)	<i>k</i>	<i>e</i>	<i>m</i>	<i>b</i>	<i>hy</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>s</i>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>-</td><td>\pm (0)</td><td>+ (0)</td><td>+ (0)</td></tr> <tr><td><i>k</i></td><td><i>p</i></td><td><i>e</i></td><td><i>hy</i></td></tr> </table>	1	2	3	4	-	\pm (0)	+ (0)	+ (0)	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8																																			
\pm	\pm	\pm	\pm	(-) 0	0	0	0 (-, +)																																			
<i>k</i>	<i>e</i>	<i>m</i>	<i>b</i>	<i>hy</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>s</i>																																			
1	2	3	4																																							
-	\pm (0)	+ (0)	+ (0)																																							
<i>k</i>	<i>p</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>																																							
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Isolierung der Weiblichkeit = $Sch = \pm 0$ 2. Fugues = $Sch = \pm -$ (3. Isolierung der Männlichkeit = $Sch = 0 \pm$)	1. Entfremdung = $Sch = - -$ 2. Verdrängung = $Sch = - -$ 3. Hemmung = $Sch = - -$																																								
IX. Besondere Kontaktstörung	Isolierung der Analtät, Kontaktambivalenz = $C = 0 \pm$	1. Untreue = $C = + -$ 2. Vereinsamung = $C = 0 -$ 3. Biobjektive Bindung = $C = + -$ 4. Unglückliche Bindung = $C = 0 -$																																								
X. Besondere Sexualstörung	1. Liebesambivalenz = $S = \pm 0$ $\pm -$ 2. Triebzielinversion beim Manne = $S = + -$	1. Triebzielinversion der Frau = $S = - -$ 2. Selbstsabotage = $S = 0 -$																																								
XI. Besondere Affektstörung	1. Ethischer Zweifel = $P = \pm 0$ 2. Gewissensangst = $P = + -$ 3. Sensitive Beziehungsangst = $P = 0 -$	1. Affektflut = $P = + + (\pm)$ 2. Affekt ebbe = $P = 0 0$ 3. Exhibitionsdrang = $P = 0 +$ 4. Phobic = $P = + 0$																																								

Tabelle 57. Experimentelle Syndromatik der Neurosen (Fortsetzung)

Art der Neurose →	II. Überraschungsneurosen																																					
	B. Angsthysterie - Phobie	C. Affektepilepsie																																				
I. Lösung der Triebgegensätzlichkeiten	durch Integration im Ich	Legierungsanlage																																				
II. Triebklasse	$Sb+; Sb-; Pe+; Cm+; Pby-$ in inäqualer, bi- und triäqualer Form	$Pby-; Sb+; Cm-; Schk-; Schp-; Cm+$ in in-, bi- oder triäqualer Form																																				
III. Triebformel Symptomfaktoren = Wurzelfaktoren =	$k^{\pm} p^{\pm}; hy^{0\pm}; s^{0\pm}; d^{0\pm}$	e^0																																				
	$e+; b+; m+$	$hy-$																																				
IV. Besondere Triebgefahren	1. Katastrophenahnung = $Sch = \pm \pm$ 2. Phobischer Arbeitszwang = $Sch = \pm +$ 3. Gewissensangst = $P = + 0$ 4. Ethischer Konflikt = $P = \pm \pm$ 5. Affektentladung = $P = 0 0$	1. Drang, sich zu verstecken = $P = 0 -!$ 2. Ichverlust = $Sch = 0 0$ 3. Haltlosigkeit = $C = 0 -$																																				
V. Faktorielle Quantumspannungen	1. $hy = -!$ 2. $m = +!$	1. $b = +!$; 2. $s = +!$; 3. $hy = -!$; 4. $m = -!$; 5. $p = -!$																																				
VI. Die Mitte	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>+</td><td>0</td><td>\pm</td><td>$\pm (+)$</td></tr> <tr><td>+</td><td>$+(\pm)$</td><td>\pm</td><td>\pm</td></tr> <tr><td>$+(0)$</td><td>-</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	e	hy	k	p	+	0	\pm	$\pm (+)$	+	$+(\pm)$	\pm	\pm	$+(0)$	-	0	0	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td></tr> <tr><td>-</td><td>-!</td><td>-!</td><td>(\pm)</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>$-(\pm)$</td></tr> <tr><td>0</td><td>-</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	e	hy	k	p	-	-!	-!	(\pm)	0	-	-	$-(\pm)$	0	-	0	0				
e	hy	k	p																																			
+	0	\pm	$\pm (+)$																																			
+	$+(\pm)$	\pm	\pm																																			
$+(0)$	-	0	0																																			
e	hy	k	p																																			
-	-!	-!	(\pm)																																			
0	-	-	$-(\pm)$																																			
0	-	0	0																																			
VII. Pathognostischer Faktorenverband	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>$\pm; \pm (+); + (\pm); 0 (\pm, +!); -(0); +!(0)$</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>k</td><td>p</td><td>e</td><td>hy</td><td>s</td><td>m</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	$\pm; \pm (+); + (\pm); 0 (\pm, +!); -(0); +!(0)$						k	p	e	hy	s	m	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>$\pm; 0$</td><td>$-!$</td><td>$\pm (\pm, 0)$</td><td>$\pm (\pm, 0)$</td><td>0</td><td>\pm</td></tr> <tr><td>e</td><td>hy</td><td>k</td><td>p</td><td>d</td><td>m</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">Mörder-E</p>	1	2	3	4	5	6	$\pm; 0$	$-!$	$\pm (\pm, 0)$	$\pm (\pm, 0)$	0	\pm	e	hy	k	p	d	m
1	2	3	4	5	6																																	
$\pm; \pm (+); + (\pm); 0 (\pm, +!); -(0); +!(0)$																																						
k	p	e	hy	s	m																																	
1	2	3	4	5	6																																	
$\pm; 0$	$-!$	$\pm (\pm, 0)$	$\pm (\pm, 0)$	0	\pm																																	
e	hy	k	p	d	m																																	
VIII. Besondere Ichabwehr	1. Integration = $Sch = \pm \pm$ 2. Zwangsinflation = $Sch = \pm +$ 3. Desintegration = $Sch = 0 0$	1. Entfremdung = $Sch = - \pm$ 2. Fugues = $Sch = \pm -$ 3. Integration = $Sch = \pm \pm$ 4. Ichverlust = $Sch = 0 0$																																				
IX. Besondere Kontaktstörung	1. Angst, das Objekt zu verlieren = $C = 0 +!$ 2. Infantile Bindung = $C = 0 0$ 3. Suchen = $C = + -$	1. Haltlosigkeit = $C = 0 -!$ 2. Suchen = $C = + -$ 3. Angst, das Objekt zu verlieren = $C = 0 +!$ 4. Inzestbindung = $C = - +$																																				
X. Besondere Sexualstörung	1. Kulturdrang = $S = - 0$ 2. Zärtlichkeitsdrang = $S = + -, + 0$	1. Sexueller Triebüberdruck = $S = +! +!$ 2. Trotziger Zärtlichkeitsdrang = $S = + 0 + \pm$																																				
XI. Besondere Affektstörung	1. Phobic = $P = + 0$ 2. Panik = $P = - - -$ 3. Ethische Dilemmen = $P = \pm \pm$ 4. Sensitive Beziehungsangst = $P = 0 -$	1. Panik = $P = - - -$ 2. Wutentladung = $P = 0 -$																																				

eingestanden, stellte aber die Sachlage so verfälscht dar, daß die Scheidung unvermeidlich wurde. Sie gab nämlich an, daß der Schwager sie, als sie noch 16jährig war, vergewaltigt hätte. Nach diesem «Triumph» klapperte die Probandin seltsch zusammen. *Sie fing an, nicht zu essen, magerte ab und verlor ihre Menstruation.* In diesem Zustand begann die Analyse, die sehr stürmisch verlief.

Es stellte sich heraus, daß unsere Probandin den Schwager nur deswegen verführt hatte, weil sie *in die Schwester*, mit der sie seit Kindheit zusammen schlief, *tödlich verliebt war*. Sie mußte die Ehe zerstören, um wieder mit der Schwester das gemeinsame Schlafzimmer zu haben. Dies war ihr in der Tat gelungen. Sie konnte aber die alte, glückliche Bindung an die Schwester nicht wiederfinden. Auf das Bewußtmachen der homosexuellen Inzestbindung an die Schwester reagierte sie mit einer Nymphomanie, die mehrere Monate dauerte. (In dieser Phase gehörte sie der Klasse *Cm-* an¹.) Allmählich beruhigte sie sich; es kam eine Periode der *Reue* und der Depression. (Zu dieser Zeit gehörte sie der Triebklasse *Pe+*, später der *Ss-*, *Cd+*, *Cd+*, *Pe+* und wieder der *Pe+*-Klasse an.) In dieser Reuephase entwickelte sie sonderbare Reinigungszwänge mit Klistieren, ferner Schlauch Einführungen in den Mund, um sich zum Erbrechen zu zwingen. Als auch diese Phase abgeklungen war, begann die Probandin, die von Kindheit an stets *so sein wollte wie ihr Vater*, sich mit der Mutter zu identifizieren (Triebklasse *Ss- Seb+*) und wollte soziale Fürsorgerin werden. Plötzlich brach sie aber wieder zusammen, als sie merkte, daß ihre Schwester die Absicht hegte, eine zweite Ehe zu schließen. Probandin machte theatralische *hysterische* Szenen vor dem Bräutigam, womöglich schon vor der Türe, um ihn zu verhindern, zu der Schwester zu gelangen. Die Familie greift zu strengeren Maßregeln und läßt sie internieren, um die Ehe der Schwester möglich zu machen. In der Heilanstalt wird Probandin irrtümlicherweise als «Schizomanie» diagnostiziert. Nach der Heirat der Schwester reißt die Probandin aus der Anstalt aus und kehrt zur Familie zurück. Zu dieser Zeit wurde die Analyse aus äußeren Gründen abgebrochen, da ich ins Ausland fuhr. Den Fall habe ich in der «Experimentellen Triebdiagnostik» als Beispiel für *Klassenwandlungen während einer Analyse* kurz beschrieben und die Meinung geäußert, Patientin sei nicht geheilt worden². Vor kurzem bekam ich aber folgende Nachricht: Patientin wurde Zahnarztgehilfin, heiratete einen Zahnarzt und lebt seit drei Jahren glücklich in Beruf und Ehe.

Wir haben die Patientin stets als eine Hysterikerin behandelt. Dafür sprechen folgende Erfahrungen:

1. *Kaum war die Probandin sechs Wochen in der Analyse, hat sie – ohne Organotherapie – ihre Menstruation nach einer zwei Jahre lang dauernden Amenorrhöe regelmäßig zurückbekommen.* Ein einzigesmal blieb ihre Regel aus, und zwar als ich auf Urlaub ging. Nach Wiederaufnahme der Analyse menstruierte sie wieder regelmäßig weiter.

2. Die Reue nach der Nymphomanie äußerte sich ebenfalls in hysterischer Form. Sie hat einen Suizidversuch mit Aspirin in der Form «vorgespült», daß sie in einer Bar, die ganz in der Nähe meines Sprechzimmers lag, 20 Aspirin-tabletten schluckte und mir ihre Tat sofort telefonisch mitteilte.

3. Die Art und Weise, wie sie die zweite Ehe ihrer Schwester durch Bewegungstürme und unartikuliertes tierisches Brüllen zu verhindern versuchte, war typisch hysterisch.

Wir nehmen also an, daß *ihre Amenorrhöe ebenfalls psychogener Natur war*. Sie wollte keine Frau sein, wollte die Schwester als Mann lieben. Darum lehnte sie sich *unbewußt* gegen das unleugbare Zeichen ihrer Weiblichkeit, gegen die Monatsregel auf. Die Amenorrhöe war also eine Konversionserscheinung.

4. Für die Richtigkeit der klinischen Diagnose Hysterie spricht die experimentelle Triebanalyse. Abbildung 58 stellt die Profile der ersten Zehnerreihe dar.

Syndromanalyse

Folgende experimentelle Zeichen bestärken die Diagnose: Konversionshysterie:

I. Die Art der Ichabwehr:

1. Hemmung, Profile 3, 9 =
2. Verdrängung, Profil 5 =
3. Entfremdung, Profile 4, 7, 8 =

$$\left. \begin{array}{l} Seb = - + \\ Seb = - 0 \\ Seb = - \pm \end{array} \right\}$$

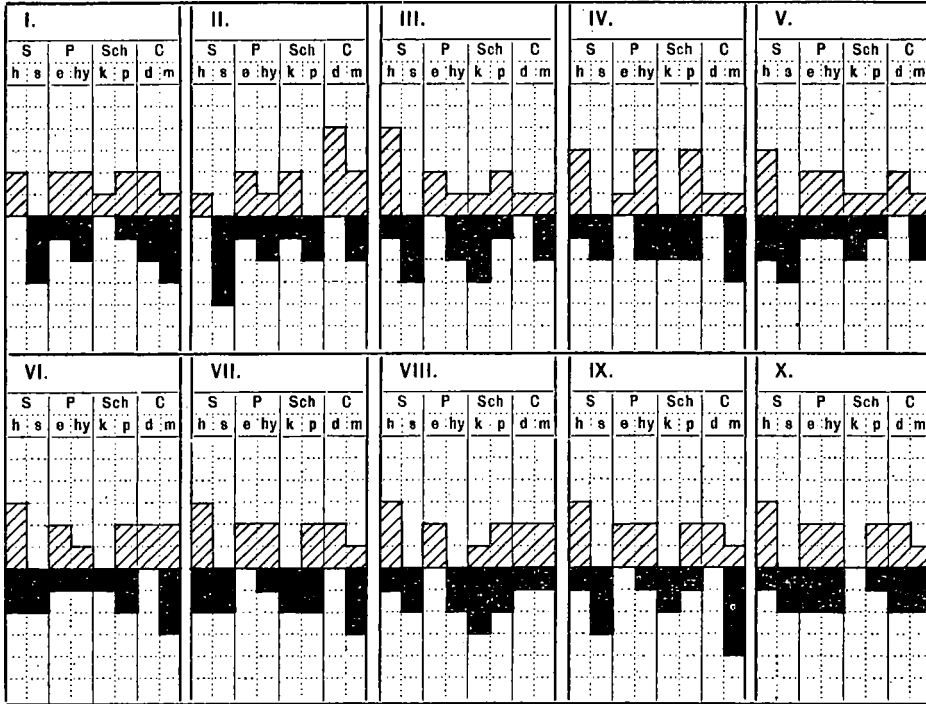
¹ Vgl. hierzu Abb. 64, S. 217, der Experimentellen Triebdiagnostik.

² S. 212 ff.

Konversionshysterie

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1941		S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ					
Nr.		h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm	
13.XI.	I.	+	-	+	\pm	0	+	\pm	-	1	2	3	
	II.	0	-!	+	-	+	-	+	!	\pm	1	1	2
	III.	+	!	-	+	-	+	0	-	1	0	1	
	IV.	+	-	0	\pm	-	\pm	0	-	2	2	4	
	V.	\pm	-	+	+	-	0	+	-	1	1	2	
	VI.	\pm	-	+	0	0	\pm	+	\pm	2	3	5	
	VII.	\pm	-	+	+	-	\pm	+	-	0	2	2	
	VIII.	+	-	+	-	-	\pm	+	+	0	1	1	
	IX.	+	-	+	+	-	+	+	-!	0	0	0	
22.XI.	X.	+	-	\pm	\pm	0	+	\pm	-	1	3	4	
Σ 0		1	0	1	1	3	1	2	0	9			
Σ \pm		3	0	1	3	0	4	2	2		15		
T. sp. G.		4	0	2	4	3	5	4	2			24	
Latenzgrösse		S = 4	P = 2	Sch = 2	C = 2								

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{9}{15} = 0.6$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$p_{5}^{\pm 0}; hy_{4}^{\pm 0}; h_{4}^{\pm 0}; d_{4}^{\pm 0}$
Submanifeste bzw. sublatente:	$k_{3}^{-0}; e_{2}^{+}; m_{2}^{-};$
Wurzel-Faktoren:	$s_{0}^{-!}$

3. Latenzproportionen:

$Ss^{-} : Schk^{-} : Pet^{+} : Cm^{-}$
 $4 \quad 2 \quad 2 \quad 2$

4. Triebklasse:

Ss^{-} triaequal

Abb. 58. Fall 41. Amenorrhöe als Konversion. 23-jähriges Mädchen

II. Die Art der affektiven Abwehr:

1. Affektflut, Profile 5, 7, 9 =

2. die Hypermobilität im Faktor *hy*, also in der hysterischen Über-
raschungstendenz: Probandin zeitigt alle vier möglichen Reaktionen:

Profile 5, 7, 9 =

Profile 2, 3, 8 =

Profile 4, 10 =

Profil 6 =

$$P = + +$$

$$hy = +$$

$$hy = -$$

$$hy = \pm$$

$$hy = 0$$

Probandin liefert demnach den klassischen Faktorenverband der
Konversionshysterie.

III. Auch das Symptom der Selbstsabotage ist stets vorhanden =
Im zweiten Profil sogar mit Triebüberdruck =

$$s = -$$

$$s = -!$$

Sie will sich zerstören, da ihr Liebesanspruch unbefriedigt in ihr
liegt.

IV. Das polymorph-perverse Syndrom ist ein Hinweis auf die Natur
ihrer Sexualansprüche:

Profil 6 =

Profil 8 =

<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>k</i>	<i>s</i>
\pm	+	\pm	0	-
\pm	+	+	-	-

1. Sie will sich des Liebesobjekts bemächtigen =

das sie der Untreue beschuldigt =

weil es sie verlassen hat =

$$p = +$$

$$p = -$$

$$p = \pm$$

2. sie wird anal-«süchtig», weil sie stets für die Schwester ein Ersatz-
objekt sucht; Klistierzwang = Anolonanie =

$$d = +$$

3. sie wird oralsüchtig; in der Tat hatte sie vor den Eßhemmungen auch
Eß- und Trunksuchtphasen =

$$m = +, \pm$$

4. sie will sich zerstören =

$$s = -$$

5. das Ich ist entweder zu schwach (Profile 1, 6, 10) =

oder aber entwertet alle Werte =

$$k = 0$$

Probandin sucht sich also aus ihrem Triebwirbel auf zwei Wegen zu
retten:

$$k = -$$

a) auf dem der *Konversionshysterie*

b) durch die *Sucht*

Sie ist also eine Psychopathin mit einer aufgepfropften Konversionshysterie.
Eine Kombination, die man in der Praxis häufig antrifft.

Die Analyse des Hintergängers (Tab. 58)

entlarvt die Vorgänge, die sich in der Tiefenseele der Probandin abgespielt hatten
und die in der Psychoanalyse bewußtgemacht wurden:

I. Sie will ein Mann sein. In allen 10 Profilen ist =

$$s = +$$

II. ja sogar ein «Mann-Kain», der aus Eifersucht das Liebesobjekt
töten könnte =

Profile 1, 2, 3, 8 =

Profil 6 =

$$\left. \begin{array}{l} S = - + \\ P = - 0, - + \\ S = 0 +, P = - \pm \end{array} \right\}$$

III. Im Hintergrund lebt sie oft in panischer Angst wegen der Über-
macht der Aggressionsansprüche. Profile 5, 7 =

Profil 9 =

$$\left. \begin{array}{l} S = 0 +; P = - - \\ S = - +; P = - - \end{array} \right\}$$

IV. Diese Kainansprüche erfüllen sie, weil sie das Liebesobjekt in
der Tat wie ein Mann in Besitz nehmen möchte. Profile 4, 7, 8 =
aber sie muß diesen Anspruch in den Hintergrund drängen.

$$Scb = + 0$$

V. Das Liebesobjekt ist ein Inzestobjekt (Schwester) =

Profil 2 =

Profile 5, 7, 9 =

$$\left. \begin{array}{l} Scb = - + \\ C = - 10 \\ C = - + \end{array} \right\}$$

Die Hintergängeranalyse deckt sich demnach völlig mit den Ergeb-
nissen der Schicksalsanalyse.

Tabelle 58

Nr.	S		P		Sch		C	
	b	s	e	hy	k	p	d	m
1	—	+	—	0	±	—	0	+
2	±	+!	—	+	—	+	—!	0
3	—!	+	—	+	+	—	±	+
4	—	+	±	0	+	0	±	+
5	0	+	—	—	+	±	—	+
6	0	+	—	±	±	0	—	0
7	0	+	—	—	+	0	—	+
8	—	+	—	+	+	0	—	—
9	—	+	—	—	+	—	—	+!
10	—	+	0	0	±	—	0	+

Wir ziehen aus diesem Fall für die Praxis die Lehre, daß eine tiefenpsychologische Behandlung auch bei psychopathischen Persönlichkeiten erfolgreich sein kann, besonders wenn ein hysterischer (neurotischer) Überbau vorhanden ist.

Fall 42. Karl, 23jähriger Epileptiker

Die experimentelle Diagnose der Epilepsie beruht auf folgenden Testsymptomen:

1. Der Proband liefert *alle vier* möglichen Reaktionen im Faktor *e* = Der Faktor *e* ist in der Tat der beweglichste Faktor im Profil, d. h. er ist Symptom.

2. Der Drang, sich zu verstecken, ist stets vorhanden, und zwar als das quantitativ stärkste Bedürfnis =

3. Die für Epileptiker so bezeichnende Klebrigkeit, der starke Beharrungsdrang ist ebenfalls in allen Profilen sichtbar =

4. Die Triebformel ist ebenfalls epileptiform =

5. wie auch die Triebklasse, obschon diese Klasse nicht nur für Epileptiker, sondern auch für heboide Paranoide und Homosexuelle charakteristisch ist.

6. Bezeichnend für Epileptiker sind auch die Affektreaktionen: Profile I, VIII, X = Profile IV, VI =

7. Der Wechsel von Integration und Desintegration im Ich ist ebenfalls ein Hinweis auf die Anlage zu Ohnmachtsanfällen =

Das Syndrom des Mörders ist in diesen zehn Aufnahmen nicht aufzufinden, dagegen ist das Mördersyndrom mit dem Triebventil im Faktor *e* im Profil 10 vorhanden =

Zum Glück besitzen wir aber von diesem Kranken noch ein 11. und 12. Profil¹, von denen das 11. das «Mörder-E» darstellt. Das Profil 11 =

in dem sich das Mörder-E wie folgt entlarvt =

Testologisch:

$\left\{ \begin{array}{l} e = - : \text{Pr. IV, VI} \\ e = \pm : \text{Pr. III, V} \\ e = 0 : \text{Pr. I, VIII, X} \\ e = + : \text{Pr. II, VII, IX} \end{array} \right.$

$hy = -!$
mit 6 Ausrufzeichen

$d = -$
 $d = -!$
 $\frac{e^0}{hy^{-1}}$

P_{hy}-Klasse

$\left. \begin{array}{l} P = 0 -! \\ P = - - \end{array} \right\}$

$\left\{ \begin{array}{l} SchV = \pm \pm \\ SchVI = 0 0 \end{array} \right\}$

$\frac{e \quad k \quad m}{0 \quad \pm \quad -}$

$\frac{S \quad P \quad Sch \quad C}{+ +! - 0 + \pm -! -}$

$\frac{e \quad p \quad m}{- \quad \pm \quad -}$

¹ Aus der Arbeit von Frau M. BICHSEL-HUBACHER.

Die testologische Diagnose der Epilepsie ist demnach durch die obigen Symptome gesichert und deckt sich mit der Anstaltsdiagnose.

Triebpsychologisch interessieren uns besonders die Profile V und VI, da in diesen Profilen die *Desintegration* der *Integration* folgt.

Der Patient hatte nach der Angabe des Protokolls in der Tat inzwischen einen Anfall.

Tabelle 59. Gegensatzanalyse der Integrations- und Desintegrationsprofile im Fall 42
Karl, 23jähr. Epileptiker

	Nr.	S	P	Scb	C
Die in der Tat gegebenen Integrations- und Desintegrationsprofile. <i>V. G. P.</i>	III	+ 0	± —	± ±	— +
	V	+ +	± —	± ±	— 0
	VI	+ +!	— —	0 0	—! +
	IX	+ +	+ —!	± ±	— 0
Die theoretisch zu erwartenden Komplementprofile. <i>Tb. K. P.</i>	III	— ±	0 +	0 0	+ —
	V	— —	0 +	0 0	+ ±
	VI	— —!	+ +	± ±	+! —
	IX	— —	— +!	0 0	+ ±

Analyse des Vordermannes

Testologisch:

1. Der Proband ist trotz seinen 23 Jahren noch immer inzestuös an die Mutter gebunden =

$$C = - + \} \\ = - 0 \}$$

2. Wegen des unbefriedigten Anspruchs, stets an der Mutter zu kleben und sich anzuklammern, mobilisiert und staut er seine Aggression gegen die Mutter auf =

$$SIII = + 0 \text{ (Trotz-} \\ SVI = + +! \text{ reaktion)}$$

3. Wegen der Aggressionsansprüche (vielleicht auch wegen der Inzestansprüche) lebt er in Gewissensangst; das Böse kämpft in ihm mit dem Drang, alles gutzumachen =

$$P = + —! \} \\ \pm — \}$$

4. Er muß alle seine Abwehrkräfte sammeln, um nicht aggressiv zu werden. *Steigert sich aber die Aggression auf den Höhepunkt (Profil VI), so verliert er seine Bremse und auch sein Bewußtsein. Er bekommt einen Anfall =*

$$Scb = \pm \pm \} \\ sVI = +! \} \\ ScbV = \pm \pm \} \\ ScbVI = 0 0 \}$$

Das Triebexperiment macht also sichtbar, daß der Patient mit der Integration in der Tat seine gefahrbringende Aggression abzuwehren versucht.

Analyse des Hintergängers

1. Während der Proband im Vordergrund durch Integration aller Abwehrmechanismen die Kainsansprüche gutzumachen und sich selbst zu verstecken versucht, bedroht ihn aus dem Hintergrund die Gefahr, daß er sich völlig verlieren kann und all das, was er bisher versteckt hat, plötzlich doch auf die Bühne drängt =

$$Scb = \pm \pm \} \\ e = + \} \\ hy = —! \} \\ Scb = 0 0 \} \\ hy = + \}$$

2. In der Phase der vordergründigen Ohnmacht (Profil VI) hat sich das sich gegen die Aggression wehrende Ich in den Hintergrund zurückgezogen, und die im Vordergrund aufgestaute Aggression wird unterdrückt oder entladen =

$$\text{Im Vordergrund:} \\ s = +! \} \\ Scb = 0 0 \}$$

$$\text{Im Hintergrund:} \\ s = —, 0 \} \\ Scb = \pm \pm \} \\ P = 0 + \} \\ — +! \}$$

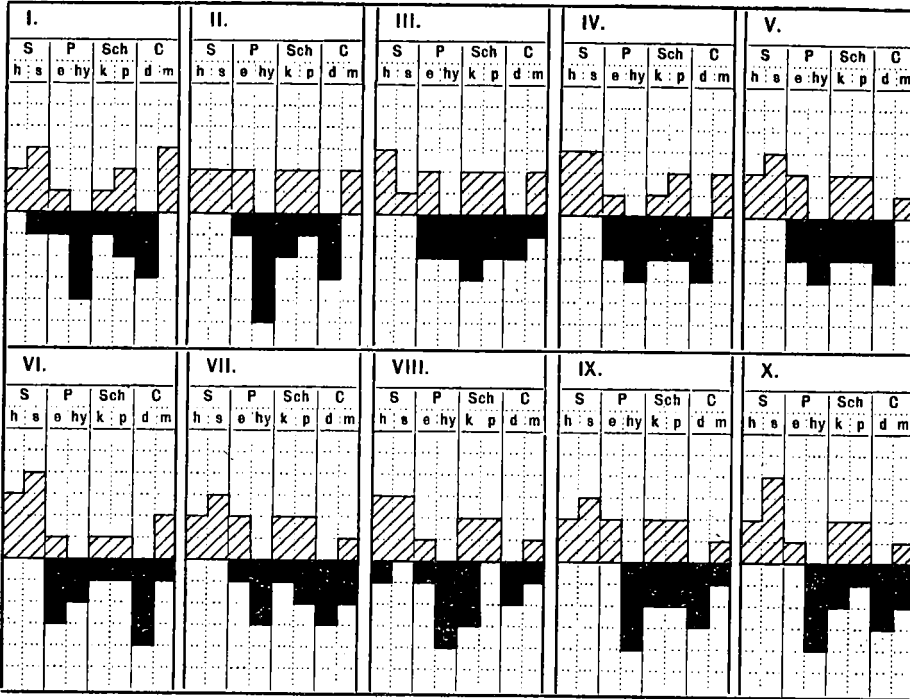
Lehrreich ist ferner, daß in der Phase der vordergründigen Integration im Hintergrund der zur Geltung drängende Kain lauert.

Kurz, der Junge bekommt dann einen Anfall, wenn er von der Gefahr bedroht wird, seine Aggression, die er in sich aufstaut, in der Tat zu verwirklichen. Er realisiert seine Aggression aber nicht gegen die Mutter, sondern gegen sich selbst und bekommt einen Anfall.

Epilepsie

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1948:	S	P	Sch	C	Σ	Σ	Σ	
1947	Nr.	h s	e hy	k p	d m	0	\pm	\pm
23.x.	I.	++	0 -!	0 ±	- +	2	1	3
	II.	++	+ -!	± +	- +	0	1	1
	III.	+ 0	± -	± ±	- +	1	3	4
	IV.	++	- -	- ±	- +	0	1	1
	V.	++	± -	± ±	- 0	1	3	4
	VI.	++!	- -	0 0	-! +	2	0	2
	VII.	++	+ -	+ ±	- -	0	1	1
	VIII.	++	0 -!	± +	- 0	2	1	3
1948	IX.	++	+ -!	± ±	- 0	1	2	3
13.1.	X.	++!	0 -!	± +	- -	1	1	2
Σ	0	0 1	3 0	2 1	0 3	10		
Σ	\pm	0 0	2 0	6 6	0 0		14	
T. sp. G.		0 1	5 0	8 7	0 3			24
Latenzgrösse	S = .1	P = .5	Sch = .1	C = .3				

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{10}{14} = 0.7$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$k_8^{+(0)}; p_7^{\pm(0)}$
Submanifeste bzw. sublatente:	$e_5^{-0\pm+}; m_3^{0+-}$
Wurzel-Faktoren:	$s_1^+; h_0^+; hy_0^{-!}; d_0^{-!}$

3. Latenzproportionen:

Phy- $\frac{Cd^{-!}}{5 \cdot 3} : \frac{S}{1} : \frac{Sch}{1}$

4. Triebklasse:

Phy- triaequal

Abb. 59. Fall 42. Epilepsie. 23jähriger Mann

Der Fall demonstriert *erstens* die Auffassung der Tiefenpsychologie von dem seelischen Vorgang der Epilepsie¹, *zweitens* die These, daß ein epileptischer Anfall oft durch eine *zu starke ethische Zensur* zustande kommen kann.

Fall 43. Hilmar, ein Phobiker und Konversionshysteriker

Der 18jährige begabte Maturandus leidet seit vier Jahren an Todesängsten mit paroxysmaler Pulsbeschleunigung (Tachykardie). Die Furcht vor dem Tod kommt stets *anfallartig*, besonders häufig beim Essen, wenn er gegenüber dem Vater sitzt, oder in der Lateinstunde, wenn der Lehrer ihm gegenüber stehenbleibt. Er hat in diesen Situationen stets das Gefühl, daß man ihn beobachte. Die Stärke der Phobie hängt von der Beobachtungsgabe der ihm gegenüberstehenden Person ab. Dumme Beobachter wirken *nie* furchterregend.

In den Momenten des Beobachtetwerdens entfremdet er sich der Wirklichkeit. Fragen wie: Wer bin ich eigentlich?, Wo bin ich?, Was suche ich hier?, Wie kam ich hieher? drängen sich seinem Bewußtsein auf. Die Intensität des Ichbewußtseins läßt plötzlich nach, und alles wird ihm fremd. Er fällt einfach aus der Wirklichkeit, aus seiner vorigen «Ichheit» heraus. Er fragt sich: «Wie komisch, daß ich derjenige bin, der ich in der Wirklichkeit bin.»

Diese Gedanken leiten die Todesfurcht ein. Er fühlt, daß er zur Zeit der Todesangst ein *anderer* wird. Diese Gefühle werden von einer Pulserhöhung über 120 begleitet. Er denkt, er sei *herzkrank*, und rechnet damit, er müsse plötzlich sterben.

Nebst dem Gefühl: «Ich werde beobachtet», wirkt auch eine Todesanzeige, die er in einer Zeitung liest, genau so sicher furchterregend. *Die Angst vor dem Todesangstanfall macht es ihm unmöglich, in einem Tram oder Autobus zu fahren, in ein Kino oder Theater zu gehen.* Seit Jahren sitzt er stets zu Hause, oft liegt er aber monatelang im Bett, falls die Ärzte es so vorschreiben. Seit dem ersten Anfall von Herzjagen wurde das Landhaus seines Vaters, der ein reicher Großindustrieller war, ein Wallfahrtsort für in- und ausländische Herzspezialisten. In der Erwartung eines neuen Arztes oder während der Untersuchung stellt sich plötzlich das Herzklopfen mit Todesangst ein. In den letzten Jahren war er mehr im Bett als ambulant. Monatelang mußte er die Schule «schwänzen», denn er hatte Angst, daß während der Stunden die Panik, zu sterben, ausbrechen könnte.

Hilmar war 12 Jahre alt, als er die Mutter verlor. Sie erkrankte plötzlich im Ausland, mußte operiert werden und starb. Er erfuhr den Tod der Mutter erst, als man die Leiche nach Hause brachte. Aus diffusen Telefonnachrichten ahnte er aber die Katastrophe. Nach dem Tode der Mutter blieben Vater und Sohn allein in einem riesigen Landhaus, in das eine Kryptenstille einzog. Der Vater teilte dem Sohn mit, die Menschen seien grausame Tiere, man müsse sie meiden, und sie würden in der Zukunft ausschließlich miteinander und füreinander allein leben. Ein Jahr nach dem Tode der Mutter bekam Hilmar beim Essen den ersten «Herzanfall». Er saß gegenüber dem Vater, *der ihn ununterbrochen beobachtete.* Die Todesangstanfälle in der Schule kamen erst später. Als ich als Arzt des Sohnes die Beziehung des Vaters zum Sohne durchschaute, teilte ich dem Vater mit, *sein Sohn sei nicht herzkrank, sondern er leide an einer Angstneurose, die man tiefenpsychologisch heilen könne.* Ich übernahm die Analyse des Jungen, und in der Analyse stellte sich folgende seelische Situation heraus:

Der schwer paranoide, narkomane Vater war in den Sohn verliebt. Er war ein Transvestit, der besonders feine Damenstrümpfe «sammelte». Die steife, ununterbrochene Beobachtung des Sohnes beim Essen war das stumme Liebeszeichen eines tief verliebten Schwärmers für sein Liebesobjekt. Der Vater war glücklich, wenn er den Sohn pflegen, ihm einen Darminlauf machen konnte. Der Sohn liebte zuerst den Vater innig. Erst allmählich bekam er Angst vor ihm. Er fühlte unbewußt, daß ihn der Vater «anders» liebe. Die Liebesbeziehung zum Vater wie auch die Angst wurden dann in der Schule auf den Lateinprofessor, später auf einen Mitschüler übertragen. Die Angstanfälle in der Schule wurden durch diese Liebesübertragungen hervorgerufen.

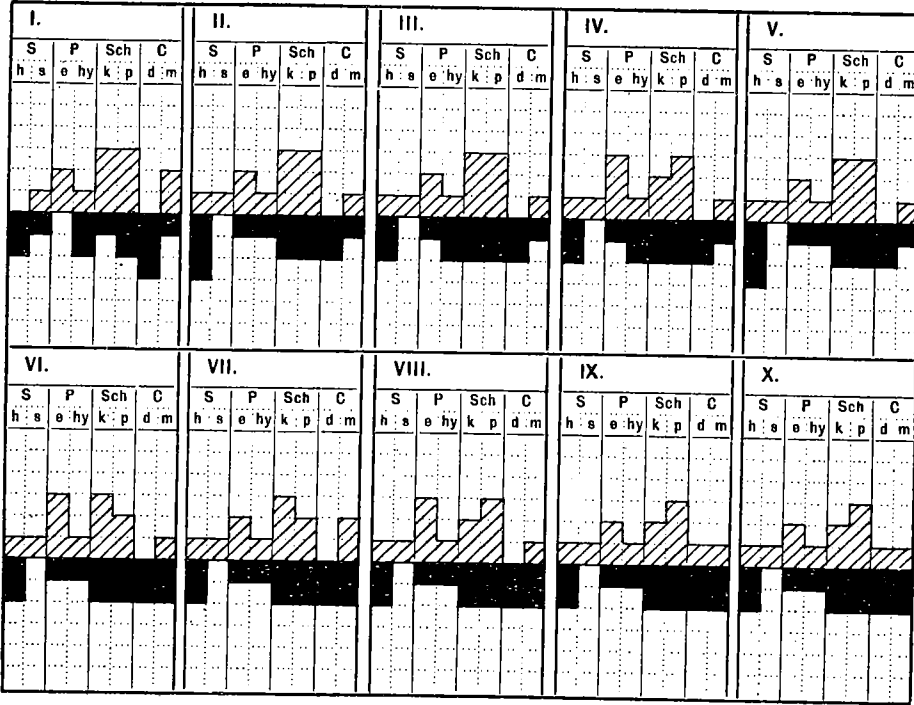
Die analytische Behandlung ging gut. Nach acht Monaten war der Junge sowohl von dem Vater wie von seinen Kameraden, an denen er mit einer «narzißtisch homosexuellen Liebe» hing, abgetrennt. Nach Ablegung der Matura verließ Hilmar das Haus des Vaters. Er wurde Medizinstudent an einer Universität einer anderen Stadt, verlor völlig sein «Herzleiden» und die Todesängste. Er, der vorher nie ein Tram zu benutzen wagte, kaufte sich ein Auto und chauffierte selbst den Wagen über Hunderte von Kilometern.

Die zehn Triebprofilaufnahmen des Jungen stammen aus der Anfangszeit der Analyse (Abb. 60).

¹ FREUD, S.: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr., Bd. XII, S. 7.

Szondi-Test

Blatt mit zehn Triebprofilen



1939		S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	0	\pm	\pm
30.IX.	I.	-	0	+	-	+	\pm	-	+	1	1	2
	II.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	0	3	2	5
	III.	-	0	+	-	\pm	\pm	-	0	2	2	4
	IV.	-	0	+	-	\pm	\pm	-	0	2	2	4
	V.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	0	3	2	5
	VI.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	-	2	2	4
	VII.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	\pm	2	3	5
	VIII.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	-	2	2	4
	IX.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	-	2	2	4
7.XII.	X.	-	0	+	0	\pm	\pm	-	-	2	2	4
	Σ 0	0	10	0	7	0	0	0	4	21		
	Σ \pm	0	0	0	0	9	10	0	1		20	
	T. sp. G.	0	10	0	7	9	10	0	5			41
Latenzgrösse	S=10	P=.7		Sch=1.		C=.5						

1. Tendenzspannungsquotient = $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{21}{20} = 1.05$

2. Triebformel:

Symptomatische:	$S_{10}^0; P_{10}^{\pm}; k_{5}^{\pm};$
Submanifeste bzw. sublatente:	$hy_7^0; m_5^{0+};$
Wurzel-Faktoren:	$h_0^-; e_0^+; d_0^-.$

3. Latenzproportionen:

$$\frac{Sh-}{10} : \frac{Pe+}{7} : \frac{Cd-}{5} : \frac{Sch}{1}$$

4. Triebklasse:

Sh- Pe+ biaequal

Tabelle 60. Theoretische Komplementprofile eines Phobikers. Fall 43

1939	Nr.	S		P		Sch		C	
		b	s	e	by	k	p	d	m
30. IX.	I	+	±	—	+	—	0	+	—
	II	+	±	—	±	0	0	+	±
	III	+	±	—	+	0	0	+	±
	IV	+	±	—	+	0	0	+	±
	V	+	±	—	±	0	0	+	±
	VI	+	±	—	±	0	0	+	+
	VII	+	±	—	±	0	0	+	0
	VIII	+	±	—	±	0	0	+	+
	IX	+	±	—	±	0	0	+	+
7. XII.	X	+	±	—	±	0	0	+	+

Analyse des Vorgängers

1. Hilmar ist inzestuös an den Vater und an dessen Ersatzobjekte (Lateinlehrer, Mitschüler) gebunden = $C = - - + \}$
 $C = - - 0 \}$

2. Diese Inzestliebe wird aber sublimiert; er möchte ein aktiver Humanist werden, der für die Menschheit kämpft. Daher die Unterdrückung der «weiblichen» Zärtlichkeit, der homosexuellen Regungen = $S = - - 0$
 $b = - \}$
 $s = 0 \}$

3. Die Inzestliebe zum Vater wird demnach unterdrückt. Er klebt aber noch weiter am alten Objekt, von dem er sich abzutrennen versucht = $d = -$
 $m = -$

Das sind die Triebereignisse am Rande.

4. Im Zentrum sehen wir

a) die *Katastrophenabnungen, das klassische Syndrom der Phobie*. Profile II, V, VI, VII, VIII, IX und X = $P = + 0 \}$
 $Sch = ± ± \}$

b) gleichzeitig aber die Anlage, die eigenen «Weltuntergangsgefühle» irgendwie zugunsten der Menschheit zu sublimieren = $S = - 0 \}$
 $Sch = ± ± \}$

Die Ergebnisse der Analyse des Vorgängers bestätigen also die klinische Diagnose: *Angsthysterie (Phobie) wegen der inzestuösen Bindung an den Vater; Sublimationstendenzen*. Er will der Menschheit auf dem Wege von Krankheitsabwehr (Medizin) dienen.

Analyse des Hintergängers

Der Hintergänger macht uns denjenigen Teil seiner Persönlichkeit sichtbar, der bei Hilmar *während eines Todesangstanfalles* vom Hintergrund in den Vordergrund drängt. Dieser krankhafte Schatten ist charakterisiert:

1. durch Verdrängungstendenz $SchI = - - 0$

2. zumeist aber durch *völlige Ichaufgabe*, durch die *Desintegration* (während eines Angstanfalles). Profile II-X = $Sch = 0 0$

Wann muß Hilmar sein normales Ich aufgeben?

Erstens wenn er in seiner Männlichkeit unsicher wird = $s = ±$

Zweitens wenn er von seinen homosexuellen Ansprüchen bedroht wird, denen gegenüber er ambivalent ist = $\left\{ \begin{array}{l} s = - (\pm) \\ by = - (\pm) \\ d = + \\ m = + (\pm) \end{array} \right.$

Drittens wenn er im Kampf gegen die Homosexualität Wut, Haß, Zorn und Rache aufstaut, alle diese groben Affekte gleichzeitig aber verstecken muß = $\left\{ \begin{array}{l} P = - \pm \\ by = \pm \end{array} \right.$

Die Gegensatzanalyse des jungen Hilmar ergab demnach folgende Triebspannungen:

1. Er liebt den Vater (homosexuell), und doch haßt er ihn.
2. Er will ein Kulturmensch, ein aktiv militanter Humanist werden, im Hintergrund lauert aber der homosexuelle, inzestuös gebundene Kain.
3. Im Vordergrund ahnt er seinen Untergang (Todesfurcht) ($Scb = \pm \pm$), da ja im Hintergrund die Ohnmacht ($Scb = 0 0$) gegen die Triebgefahr lauert. Er versucht diese Katastrophenahnung zu sublimieren, indem er die eigene Todesangst auf die kranken Menschen ausdehnt und sie zu heilen sucht.

*

Sein Schicksal ist ein Beispiel für das Triebchicksal aller militanten Humanisten. Seit der Analyse sind zehn Jahre vergangen. Hilmar wurde Arzt und widmet sein Leben der medizinischen Forschung. Er wählte sich als Forschungsgebiet das der Funktion der *Lebensnervenzentren* im Gehirn, ihre besondere Beziehung zu den Hormonen und seelischen Schockwirkungen. *Er sublimiert in der Forschungsarbeit seine bewußtgemachte Vergangenheit.*

Der Fall birgt für die Psychotherapie und Berufswahl eine merkwürdige Lehre in sich.

H. CHRISTOFFEL hat 1937 den Satz geprägt, «daß bei den großen medizinischen Forschern das zu Erforschende unerkannt im Forscher lag, jedoch in der Umwelt entdeckt, in die Umwelt projiziert, erforscht wurde¹».

In unserem Fall wurde die vorerst «im Forscher unerkannt liegende» Krankheit durch die Analyse bewußtgemacht, und der geheilte Kranke wählte sich nachher seine eigene Krankheit als Forschungsgebiet. Diese Art der Therapie demonstriert im besonderen die Zielsetzung der Schicksalsanalyse.

¹ CHRISTOFFEL, H.: Bemerkungen über zweierlei Mechanismen der Identifizierung. Imago, Bd. XXIII, Heft 1, 1937.

SCHLUSSWORT

Damit haben wir den *ersten* Band der Triebpathologie beendet.

Wir sind uns bewußt, daß auch in diesem dritten Buch der Schicksalsanalyse nur der Anfang der neuartigen Triebpathologie und Triebpsychiatrie vorliegt. Wir hoffen dennoch, daß es uns gelungen ist, die wichtigsten Elemente einer Zukunftspsychiatrie hier darzulegen.

Es wäre für uns im Prinzip leicht gewesen, zu beweisen, daß die Beharrungstendenz der Schulpsychiatrie bei der antiquarischen Nur-Bewußtseinspsychologie die natürliche Entwicklung der Psychopathologie und Psychiatrie gehemmt hat. Ebenso offen steht der Gegenpartei, zu behaupten, daß die kühne Veränderungstendenz der Triebpsychiater es verursacht, daß sie die Nur-Denkpsychiatrie noch immer so leidenschaftlich verteidigen müssen, obwohl es ihnen schon bewußt geworden ist, daß sie nicht mehr lange zu halten ist.

Wir erachten aber jegliche Prinzipreiterei und Rechthaberei in der Wissenschaft für unfruchtbar. Denn: nur eine gewissenhafte, langjährige, ruhig abwartende Nachprüfung der hier dargestellten Forschungsergebnisse kann sich auf die zukünftige Gestaltung der Psychopathologie fruchtbar auswirken.

Die erste Vorbedingung einer gewissenhaften Nachprüfung ist aber die Einsicht, daß es sich hier an erster Stelle nicht um ein Testverfahren, sondern um eine besondere Art der Tiefenpsychologie, nämlich um die *Schicksalspsychologie* handelt.

Ohne die Vertiefung in diese spezielle *Psychologie der Triebchicksale* des Menschen sind die Ergebnisse der Testuntersuchungen unverstündlich und in die Irre führend.

Ein Test und ein Tester ohne adäquate Psychologie sind weit gefährlicher als eine Psychologie und ein Psychologe ohne Test.

Die zweite Vorbedingung einer Kontrollarbeit ist ein vorurteil- und vorbehaltloses Erlernen der dargestellten neuen Forschungsmethoden.

Die «Eintagsnachprüfer» in der Wissenschaft tragen ja das nämliche Schicksal wie die Eintagsfliegen in der Natur.

SACHVERZEICHNIS

BEARBEITET VON DR. RITA VUYK, DOZENTIN AN DER UNIVERSITÄT AMSTERDAM

(Ps.-A.) = Psychoanalytische Auffassung

(Sch.-A.) = Schicksalsanalytische Auffassung

A

- Abel* (s. auch *e*-Faktor), 83 (Tab. 3), 88
 (Tab. 4)
 - und diagonale Spaltung 125
 - bei Manie 345
- Ablösungstendenz (— *m*) (s. auch *m*-Faktor)
 83 (Tab. 3)
- Abspaltung (s. Isolierung)
- Abtrennungsbedürfnis (— *m*) (s. auch *m*-Faktor) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 148
 - und Dualunion 420 ff.
 - in der Entwicklung des Kindes 420 ff.
 - und Kontakttrieb 416 ff.
 - bei Manie 93, 248, 344
- Abwehr, Abwehrmechanismus*
 - Auffassung (Ps.-A.) 21
 - Begriff 29 f., 149
 - Beispiele 110, 111
 - und Bewegungsautomatismen 49
 - Dialektik 106 ff.
 - und Erkrankungsrichtung 248, 460
 - funktionen 106 ff.
 - und Geisteskrankheit 31 f., 78
 - Hintergänger 234
 - und Randprobleme 109, 460
 - sekundäre 466
 - Stellungnahme 29, 109
 - und Triebdrehbühne 149
 - bei *Trieberkrankungen* 32
 - - Depersonalisation 327 f., 330
 - - Epilepsie 483, 494, 499
 - - Exhibitionismus 377
 - - Fetischismus 376
 - - Haltlosigkeit 433
 - - Hebephrenie 296, 306, 308 f., 310, 459
 - - Homosexualität 407, 409, 412
 - - Hypochondrie 314 f.
 - - Katatonie 284, 306, 310 f., 459
 - - Konversionshysterie 482 f., 487, 498
 - - Manie 349, 459
 - - Masochismus 376
 - - Melancholie 349, 459
 - - Neurose 460
 - - Paranoid 261, 267, 279, 305, 310, 459
 - - paroxysmale Neurosen 484
 - - Perversion 376, 377
 - - Phobie 483, 490, 499
 - - Psychose 459
 - - Sadismus 377
 - - Schizophrenie 310
 - - Sucht 430
 - - Zwangneurose 468 f., 470, 474, 498
 - Wandlungen 310
- Ad-hoc-Introjektion 378
- A-Dualismus 328, 421
- Affekt, Affektleben* (s. auch paroxysmal, *P*-Vektor) 105
 - Dialektik 105
 - cbbe 483, 485
 - epilepsic (s. Epilepsie)
 - flut 483, 485
 - sperre (s. Katatonie)
 - störungen bei *Trieberkrankungen*
 - - Depersonalisation 330
 - - Epilepsie 497, 499
 - - Exhibitionismus 377
 - - Fetischismus 376
 - - Haltlosigkeit 434
 - - Hebephrenie 296, 306
 - - Homosexualität 409, 412
 - - Katatonie 285, 306, 312
 - - Konversionshysterie 487, 498
 - - Manie 349
 - - Masochismus 376
 - - Melancholie 349
 - - Paranoid 261, 279, 305
 - - paroxysmale Neurosen 484
 - - Perversion 376, 377
 - - Phobie 491, 499
 - - Sadismus 377
 - - Sucht 431
 - - Zwangneurose 474, 498
- Aggression (+ *s*) (s. auch *s*-Faktor, Sadismus) 81, 83 (Tab. 3), 113, 123
- Ahnenansprüche 28, 75 f., 143, 207
- Aktivität (+ *s*) (s. auch *s*-Faktor, Sadismus)
 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4), 113, 345
- Akzeptationsbedürfnis (+ *m*) (s. auch *m*-Faktor) 420, 425
- Allelic, multiple 77, 374, 456
- Allclvariationen 77, 374
- Allmachtansprüche
 - und Dualunion 369, 422
 - und Stellungnahme 110
 - bei *Trieberkrankungen*
 - - Fetischismus 369
 - - Melancholie 343
 - - Paranoid 308
 - - Perversion 368 f.
 - - Schizophrenie 343
- Allodiastole 303

Alltagsmensch
 – und Abtrennung 422
 – und Dur – Moll 114
 – und Legierung 28, 110, 120 f.
 Altersdemenz (Beispiel) 195 (Fall 11)
 Ambliäqualität 150
Ambitendent, Ambitendenz (s. auch *p*-Faktor)
 83 (Tab. 3)
 – und Bedürfnisse 82
 – Besessenheit von (s. auch Inflation) 93,
 277
 – und Gegensätzlichkeit 29
 – und Isolieren 466, 467
Ambivalenz
 – Begriff (BLEULER) 150
 – und Dualunion 421
 – bei Trieberkrankungen
 – – Melancholie 342, 346
 – – Sucht 428
 – – Zwangneurose (Ps.-A.) 463, 466, 471,
 474
 Analität, Analerotik, Analsadismus (s. auch
d-Faktor) 82, 84, 89 (Tab. 4)
 – und Homosexualität 409
 – Perversion 370
 Anankastische Zwangsteilung (s. auch Iso-
 lierung) 118, 122, 165 f.
 Angenommensein (+ *m*) (= Annahme;
 s. auch *m*-Faktor) 422 f.
 Angriffsbedürfnis (+ *s*) (s. auch *s*-Faktor)
 88 (Tab. 4)
Angst
 – Auffassung (Ps.-A.) 487
 – – (Existentialphilosophie, HEIDEGGER)
 488
 – – (Sch.-A.) 488 f.
 – hysteric (s. Phobie)
 – und Konversion 489
 – neurose (s. Angsthysteric)
 – und Phobie 489
 Anklammerungsbedürfnis (+ *m*) (s. auch *m*-
 Faktor) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 113,
 416
 – und Kontakttrieb 416 f.
 – Ursprung (HERMANN) 419 f.
 Anlage, familiäre 27
 Annahme (+ *m*) (= Angenommensein;
 s. auch *m*-Faktor)
 – und Normalität 422 f.
 – bei Sucht 423 f.
Anpassung 48, 51, 422
 Archeanalyse (JUNG) 24
 Archetypus (JUNG) 24, 25
 Arteriosklerose 285
 Asthma, Profile 497 (Tab. 56)
 Auflösung (s. Desintegration)
 Aufstauung von Affekten (– *e*) (s. *e*-Faktor,
 Stauung)
 Auf-Suche-Gehen (+ *d*) (s. auch *d*-Faktor)
 82, 89 (Tab. 4), 248, 416 f.
 Ausdehnungsdrang des Ichs (s. Egodiastole)
 Ausreißer-Ich 110, 422
 Autismus, autistisch 89 (Tab. 4)
 – Ich 110, 115, 343, 344, 422
 – Kain 112, 422
 Auto-Ego-Diastole (s. auch Egodiastole) 303

B

Bedürfnis (s. auch Faktor)
 – und Ambitendenz 82
 – *Begriff* (s. auch Instinkt) 27, 53, 56 f., 82,
 417 f.
 – bewußtsein (s. Bewußtsein)
 – *Dialektik* (s. auch Dialektik und einzelne
 Faktoren) 104 ff.
 – duale 84
 – und Erbkrankheit 81
 – *Gegensätzlichkeiten* 104 ff., 107
 – Genformel 57
 – und *Gentheorie* 55 ff., 77 ff.
 – *Klassifizierung* 81 f., 83 (Tab. 3)
 – koppelung (s. Koppelung)
 – Lebenskurven 96 ff. (Abb. 5–12)
 – manifest – latent 145 f.
 – und Objekt 417 f.
 – polarität 57, 77
 – spannung 82
 – synergistische 84
 – vermischung 57
 Befriedigung
 – manifest – latent 145 f.
 – Nullreaktionen 146 f.
 Beharrungstendenz (– *d*) (s. auch *d*-Faktor)
 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 416 f.
Beispiel
 – Akzeptationsneurose 209 (Fall 12)
 – Alltagsmensch 110, 121
 – Altersdemenz 195 (Fall 11)
 – Bisexualität 191 (Fall 8)
 – Charakteranalyse 220 (Fall 15)
 – Depersonalisation 330 (Fall 29)
 – Depression, Profile 244 (Tab. 34)
 – diagonale Spaltung, Größenwahn, Pro-
 file 242 (Tab. 31)
 – – Paranoid, Profile 242 (Tab. 29)
 – – Präparanoid, Profile 242 (Tab. 30)
 – Dur – Moll 186 ff. (Fall 5–11)
 – – Profile 114
 – Entladungstendenz im fam. Ubw. 205
 – Epilepsie 503 (Fall 42)
 – – Profile 495 (Tab. 55)
 – – Äquivalente, Profile 497 (Tab. 56)
 – Exhibitionismus, Profile 264
 – Fetischismus 375 (Fall 32), 441 (Fall 39)
 – Gegenatzanalyse (s. Komplement-
 methode)
 – Haltlosigkeit 177 und 440 (Fall 2)
 – Hebephrenie 296 (Fall 24), 298 (Fall 25)
 301 (Fall 26), 319 (Fall 28)
 – Homosexualität der Frau 191 und 414
 (Fall 7)
 – – – Profile 415 (Tab. 49)
 – – und Hebephrenie 294
 – – des Mannes 186 und 413 (Fall 5), 188
 (Fall 6), 396 (Fall 36), 441 (Fall 39)
 – – – Profile 415 (Tab. 49)
 – Hypochondrie, neurotische 317
 (Fall 27)
 – – psychotische 319 (Fall 28)
 – Ichwechsel bei bisexueller Frau 410
 – – bei homosexueller Frau 410
 – Idealist, gewissenhafter 112

- Inzestbindung und Bisexualität 111
- - und Neurose (Psychose) 111
- - und Sublimation 111
- Kain, autistischer 112
- Katatonie 285 (Fall 22)
- - Profile 243 (Tab. 33)
- Kleptomane 211 (Fall 13), 177 und 440 (Fall 2)
- Komplementmethode
 - - E.K.P. und Th.K.P. Einzelprofile 205, 209 (Fall 12), 211 (Fall 13), 214 (Fall 14), 394 (Fall 35)
 - - - Zehnerserie 220 ff. (Fall 15)
 - - Th.K.P. (Gegensatzanalyse)
 - - - Depersonalisation 332 (Fall 29)
 - - - Epilepsie 504 (Fall 42)
 - - - Fetischismus 380 (Fall 32)
 - - - Konversionshysterie 502 (Fall 41)
 - - - Konversionshysterie, Phobie 508 (Fall 43)
 - - - Masochismus 383 (Fall 33)
 - - - Mörder 401 (Fall 37)
 - - - Sadist 388 (Fall 34)
 - - - Sadomasochismus 394 (Fall 35)
 - - - Zwangneurose 479 (Fall 40)
 - Konversionshysterie 497 (Fall 41)
 - - Profile 487 (Tab. 53)
 - Latenzproportionen 246, 362
 - - (Triebklassen) 251 (Tab. 36)
 - Legierung 120
 - Manie 353 (Fall 31)
 - - Profile 244 (Tab. 35)
 - Masochismus 375 (Fall 32), 382 (Fall 33)
 - Melancholie 350 (Fall 30)
 - Mitte-Variationen 174
 - Morphinist 441 (Fall 39)
 - Neurose 214 (Fall 14)
 - Normalität 193 (Fall 9), 195 (Fall 10)
 - Nullreaktionen im E.K.P. 205
 - organische Sperrung 288 (Fall 23)
 - Paranoid 261 ff. (Fall 16-21)
 - - Profile 242 (Tab. 29), 243 (Tab. 32)
 - - inflatives (Größenwahn) 279 (Fall 21)
 - - - Profile 242 (Tab. 31)
 - - projektives, depressiv 272 (Fall 19)
 - - - katatoniformes 275 (Fall 20)
 - - - maniformes 268 (Fall 18)
 - Phobie 506 (Fall 43)
 - - Profile 491 (Tab. 54)
 - Psychopathie 497 (Fall 41)
 - Rand - Mitte 175 ff. (Fall 1-4)
 - Raubmörder, homosexueller 396 (Fall 36)
 - Sadismus 386 (Fall 34)
 - Sadomasochismus 391 (Fall 35)
 - Stellungnahme des Ichs und Projektion 110
 - Sublimation 111, 182 (Fall 4), 220 (Fall 15)
 - Sucht, Morphinismus 441 (Fall 39)
 - - Trunksucht 436 (Fall 38), 175 und 434 (Fall 1)
 - - und Zwang 428 (Tab. 50)
 - Triebfarbe 139
 - Triäqualität 362
 - Tritendenz 131
 - Unitendenz 162 (Tab. 6)
 - Wahlzwang 203
 - Wandlungen der Abwehrart 311
 - Wechselwirkung *e* und *s* 109
 - - *hy* und *h* 110
 - Zwangneurose 180 (Fall 3), 475 (Fall 40)
 - Bemächtigungsbedürfnis
 - bei Fetischismus 372
 - bei Perversion 367 f.
 - Bergbau und Triebdiagnostik 94
 - Beruf(s)*
 - und Epilepsie 395
 - und Faktor 87, 90, 91 (Tab. 4)
 - ich 327
 - - und Depersonalisation 327 f.
 - und Inzestbindung 111
 - maske 327 f.
 - persönlichkeiten 327
 - und Triebgene 80
 - wahl 80
 - Besessenheit (+ *p*) (s. auch Inflation; *p*-Faktor) 83 (Tab. 3), 93, 276
 - Besitznahmefähigkeit
 - bei Perversion 369 f.
 - bei Sucht, Haltlosigkeit 427, 431
 - Bewegung(s)
 - automatismen 49
 - dialektik (s. Dialektik)
 - Sturm 49, 88 (Tab. 4), 482
 - Bewußtmachen (s. auch *p*-Faktor) 46 f., 51, 83 (Tab. 3)
 - und Angst 488
 - und Manie 347
 - und Schock 50
 - und Zwangskonflikt 469
 - Bewußtsein* (Bws.)
 - Bedürfnis-Bws. 46 f., 51
 - Begriff 46
 - und Dialektik Vorgänger - Hintergänger 140 ff.
 - und Ich 46 f., 51, 143
 - und Manifestation 145 f.
 - Wahrnehmungs-Bws. 46, 48, 51
 - Wunsch-Bws. 46 f., 51, 421
 - Zweck-Bws. 47
 - Bipolarität
 - der Gegensatzkonstruktionen 28, 31 f.
 - der Triebfaktoren 84, 87
 - Bisexualität* (s. auch Homosexualität)
 - und Abwehr (Beispiel) 110
 - und Dur - Moll 191 (Fall 8)
 - der Frau 410
 - bei Hebephrenie 294
 - Bitendenz*
 - und Ambivalenz 150
 - im E.K.P. 206 f.
 - *Teilung der Gegensätzlichkeiten* 115, 117 f., 153
 - - diagonale 117 f., 124 f.
 - - - Var. a) paranoid-homosexuelle 118 f., 124 f.
 - - - Var. b) gehemmte Perversion 118 f., 124 f.
 - = horizontale (= Legierung) 117, 119 f.
 - - vertikale 117, 122 f., 165

- - - Var. I analadistische 122
- - - Var. II passiv homosexuelle 123
- im Th. K. P. 202, 205 f.
- Übersicht 208 (Tab. 23)
- Das Böse (s. auch *e*-Faktor, Kain) 81, 83 (Tab. 3)

C

- C-Erbkreis 79, 81
- Charakter*
 - analyse (Beispiel) 220 (Fall 15)
 - bildung und Hintergänger 139 f., 143
 - und Mitte 172 (Tab. 13)
 - und Teilung der Gegensätzlichkeiten 153
 - und Triebgene 79
 - *züge*
 - bei Epilepsie 493
 - und Faktor 87, 88, 89 (Tab. 4)
 - harte, kalte 88 (Tab. 4), 113 f., 185 f.
 - männliche 472
 - und Reaktionsbildung 469
 - bei Sucht 429 (Tab. 51)
 - warme, weiche 88 (Tab. 4), 113 f., 185 f.
- C-Trieb (s. Kontakttrieb, C-Vektor)
- C-Vektor (s. auch Kontakttrieb) 81, 83 (Tab. 3)
 - und Desintegration 168 (Tab. 10)
 - und diagonale Spaltung 125, 167 (Tab. 9)
 - *Dialektik*
 - Dur - Moll 113
 - primäre 106 f.
 - Rand - Mitte 108 f.
 - sekundäre 108 f.
 - Vordergänger - Hintergänger 122 f.
 - und Integration 168 (Tab. 10)
 - und Isolierung 166 (Tab. 8)
 - und Legierung 121, 169 (Tab. 11)
 - und Tritendenz 131 f., 164 (Tab. 7)
 - und Unitendenz 162 (Tab. 5)
 - Verschränkung 108

D

- d-Faktor*
 - *Begriff* 82, 83 (Tab. 3), 89, 91 (Tab. 4), 148, 416 f.
 - *Benennung*:
 - + *d* = Analität, Analerotik
 - Auf-Suche-Gehen
 - Erwerbungsdrang
 - Veränderungsdrang
 - *d* = Aufspeicherung von Wertobjekten
 - Beharrungstendenz
 - Kleben am Alten
 - Nichts-Neues-Suchen
 - Sammelbedürfnis
 - *Dialektik*
 - primäre 107 f.
 - sekundäre 109 f.
 - Dualisierung (*d+m*) 84
- Duruskala 113 f.
- Erscheinungsebene 89 (Tab. 4)
- Erscheinungsformen 89 (Tab. 4)
- und andere Faktoren 417
- Krankheitsformen 91 (Tab. 4)
- Lebensalter, Lebenskurve 89 (Tab. 4), 102 (Abb. 11)
- bei Melancholie 90, 93
- Mollskala 113
- Sozialisierung im Beruf 91 (Tab. 4)
- im Charakter 89 (Tab. 4)
- Sublimierung 91 (Tab. 4)
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- und Trieblehre (McDOUGALL) 60
- Deflation 472
- Denaturierung der Instinkte 48
- Denkstörung 259
- Depersonalisation*
 - Auffassung (Ps.-A.) 326
 - *Begriff* 133, 163, 327
 - Beispiel 250 (Tab. 36), 330 (Fall 29)
 - und Eifersucht 329
 - und Hypochondrie 329
 - *Psychologie* 326 f.
 - Symptome, klinische 326
 - *Syndromatik* 326 f., 329 f.
 - Mitte 173
 - und Tagträumerci 329
 - und Wahrnehmungsstörungen 328
- Depression, depressiv* (s. auch manisch-depressives Irrescin, Melancholie) 81
 - Beispiel 244 (Tab. 34)
 - diagonale Spaltung 243
 - Erbkreis 79
 - Suchbedürfnis 248
 - Symptomenkomplex 336
 - *Syndromatik*
 - Abwehr 32
 - Mitte 173
 - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32
 - Triebformel 247
 - Triebklasse 246 f.
 - und Unitendenz 243, 248
- DÉRI-Symptom 138, 310
- Desimagination 284, 345 f.
- Desintegration, Desintegrierung*
 - *Begriff* 116, 135, 153, 483
 - bei Epilepsie 135, 483
 - Syndrom des Irrewerdens 135
 - *Triebgefahr* 168 (Tab. 10)
 - der Triebgegensätzlichkeiten 28
- Destruktion 347
- Deutungsmethoden*
 - Dur - Moll 184 f.
 - freie 159
 - gebundene 159
 - Komplementprofile (s. Komplementmethode)
 - Rand - Mitte 160 f.
- Diagnose 254
- Diagonale Spaltung*
 - *Begriff* 117 f., 124 f.
 - und Egodiastole 282
 - bei *Trieberkrankungen* 126
 - Depression 243

- - Homosexualität der Frau 411, 413
- - - des Mannes 119, 128, 406, 413
- - Melancholie 348
- - Paranoid 241 f., 248, 282, 348
- - schizoforme Erkrankungen 118 f., 125, 126, 167, 241 f., 248
- und *Triebgefahr* 167 (Tab. 9)
- Var.: I a) paranoid 118, 125, 126 f., 167, 241 f.
- I b) homosexuell 118, 125, 128, 241
- II a) gehemmter Ödipus 118, 126, 129, 167, 242
- II b) gehemmte Perversion 118, 126, 130

- Dialektik*, dialektische Bewegungen
- *Begriff*, Bedeutung 28 ff., 104, 151
 - der Bitendenz 117 f.
 - der Desintegration 135
 - diagonale Spaltung 126 ff.
 - *Dur - Moll* 108, 113 ff., 151, 184
 - und Erstarrung 147
 - und Faktor (s. einzelne Faktoren)
 - und Genetheorie 58, 104
 - und Latenz - Manifestation 144 f.
 - und Legierung 119 f.
 - *primäre* (= elementare) 104 ff., 151
 - der Quadritendenz 134
 - und Radikale 94
 - *Rand - Mitte* 108 f., 151
 - und Reaktionen (negative, positive) 148
 - Realismus - Idealismus 112
 - und *Schichten des Ubw.* 142
 - *sekundäre* 104, 108 ff., 151
 - und Teilung der Gegensätzlichkeiten (s. auch dort) 78, 116 ff.
 - bei Trieberkrankungen (s. einzelne Trieberkrankungen)
 - und Triebspannung 78
 - der Tritendenz 131 f.
 - und Ubw., familiäres 28, 142
 - der Unitendenz 116 f.
 - der vertikalen Teilung 122 f.
 - *Vordergänger - Hintergänger* 108, 115 ff., 140 f., 151, 198 ff.
 - der Wahlreaktionen 144 f.
 - *Zusammenfassung* 151 f.

Doppel

- denken und Paranoid 91 f.
- strebung (s. Bitendenz)
- wesen 368, 371

Drehbühne (s. Triebdrehbühne)

Dreivierteltrieb 116

Dualismus, Dualisierung

- der Bedürfnisse 57
- der Tendenzen 57, 74, 84
- der Triebe (Ps.-A.) 64, 74

Dualunion, Dualeinheit

- und Allmachtenergie 369
- *Begriff* (HERMANN) 419
- Entwicklung 419 f.
- und Fetischismus 371
- und Ichintegrierung 371
- und Koitus 369
- und Kriminalität 424
- partner (Beispiel) 480

- und Stillen 445
- und Sucht 415 f., 423 f., 425 f.

Dur

- charakter 113
- und *Moll*, Beispiel 186 ff. (Fall 8-12)
- - *Dialektik* 113 ff., 151, 184
- - - vektoruell 188 f.
- - *Skala* 108, 114, 153, 185 f.
- Durchschlagskraft (= Penetranz) 27
- Dynamisch-funktionell (s. auch Dialektik) 84, 109

E

e-Faktor

- *Begriff* 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4), 148, 417
- *Benennung*:
 - + *e* = Abclanspruch
 - Aufbau einer Gewissens-
 - schranke
 - ethisches Verhalten
 - Gerechtigkeit
 - Gewissenszensur
 - das Gute
 - Gutmachung
 - *e* = Aufstauung der groben Affekte
 - das Böse
 - Kainanspruch
 - Stauung der rohen Affekte

- *Dialektik*

- - primäre 105, 107 f.
- - sekundäre 109 f.
- Dualisierung (*by + e*) 84
- Durskala 113 f.
- bei Epilepsie 95
- Erscheinungsebene 88 (Tab. 4)
- Erscheinungsformen 88 (Tab. 4)
- Krankheitsformen 90 (Tab. 4)
- Lebenskurve 98 (Abb. 7)
- Mollskala 113 f.
- Sozialisierung im Beruf 90 (Tab. 4)
- - im Charakter 88 (Tab. 4)
- Sublimierung 90 (Tab. 4)
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- Symptombildung 90 (Tab. 4)

Ego

- *diastole* (= Ichausdehnung, Icherweiterung; s. auch *p-Faktor*) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4)
- - *Begriff* 63, 106 ff., 418
- - und diagonale Spaltung 282
- - Dialektik 106 f.
- - bei Hebephrenie 309
- - bei Paranoid 91, 93, 248, 259, 278, 282, 303, 309
- Egoismus 327, 342
- F-Ego (= feminines Ich) 185, 371, 472
- M-Ego (= männliches Ich) 185, 472
- *ystole* (= Ichschrumpfung; s. auch *k-Faktor*) 81, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 418
- - Abwehr und Zwangsneurose 460
- - Dialektik 106 f.
- - bei Hebephrenie 309
- - bei Katatonie 92, 93, 248, 259, 284, 303, 311 f.

- - bei manisch-depressivem Irresein 348
- zentrismus und Introjektion 327
- Eifersucht und Depersonalisation 329
- Einverleibung (s. auch Introjektion) 83
(Tab. 3)
- Einvierteltrieb 115
- Elektroschock 78, 138
- Elementartendenz (s. auch Tendenz) 27
- Endogen
 - Geisteskrankheit (s. auch Geisteskrankheit) 87, 93
 - Gesetz 105
- Entfremdung (s. auch Depersonalisation)
 - Begriff 133, 284, 328
 - Ichbild 163, 328 f.
 - bei Trieberkrankungen
 - - Hysterie 482, 485
 - - Katatonie 284
 - - Neurose 460
- Entladung(s)
 - bereitschaft (antrieb) im E.K.P. 204
 - - und Zwangsneurose 474
 - und Nullreaktionen 146
- Entwertung (s. auch Desimagination)
 - bei Trieberkrankungen
 - - Hebephrenie 459
 - - Manie 345 f., 459
 - - Sadismus 368
 - - Sucht, Haltlosigkeit 425, 431
- Entwicklung
 - der Dualunion 419 f.
 - der Triebe 86 f., 88 f. (Tab. 4)
 - und Triebgefahr 254
- Enzephalitis 285, 290, 451
- Epilepsie, epileptisch, epileptiform (s. auch e-Faktor) 81, 90 (Tab. 4)
 - äquivalente, Profile 497 (Tab. 56)
 - Beispiel 503 (Fall 42)
 - - Profile 255 (Tab. 36), 495 (Tab. 55)
 - und Beruf 395
 - Charakterzüge 493
 - und Desintegration 135, 483
 - und Erbbiologie 454
 - Erbkreis 79
 - Genealogie 493
 - Kainanspruch 395 f., 483 f.
 - paroxysmale Neurose 461
 - Psychologie (Ps.-A.) 492 f.
 - - (Sch.-A.) 493
 - und Sperrung 285
 - Syndrom, Syndromatik 95, 491 f., 499
(Tab. 57)
 - - Abwehr 483
 - - Mitte 173
 - - Quantumspannung 171
 - Traumdeutung 493
- Erb-
 - bedingtheit, Spaltungsart 28, 153
 - - Triebe 77
 - biologische und Neurose 75, 453 f.
 - biologische Untersuchungen und Radikale 97
 - einheit, element 84
 - gang der Triebgene 80
 - krankheit und Faktor 81
 - kreis 79, 81, 455

- Ergänzung(s)
 - bedürfnis (drang)
 - - und Genotropismus 368
 - - und Normalität 368
 - - bei Trieberkrankungen
 - - - Fetischismus 369 f.
 - - - Perversion 367 f., 420
 - - - Sucht 420, 427
 - - - methode (s. Komplementmethode)
 - - - profil (= Th.K.P.) 200
- Erkrankung (= Trieberkrankung; s. auch einzelne Trieberkrankungen)
 - und Abwehrart 32
 - und Faktor 86, 90 (Tab. 4)
 - paroxysmale 81
 - und Reduktionsweise 116
 - richtung 241 f.
 - - und Abwehr 248
 - - und Faktorenverbände 241
 - - manisch-depressive 241, 248
 - - schizoforme 241
 - - und Teilung der Gegensätzlichkeiten 241 f., 247
 - - und Triebgefahr 247, 304
 - - und Triebklasse 241
 - - und familiäres Ubw. 248
 - schizoforme 81, 241
 - sexuelle 81
 - Teilung der Gegensätzlichkeiten 153
 - zirkuläre 81, 241
- Eros (Ps.-A.) 66 f., 368
- Erotik 88 (Tab. 4)
- Ersatzbildung
 - und Abtrennung 422
 - und Hintergänger 140
 - bei Sucht 420, 425
 - bei Zwangsneurose 470 f.
- Erscheinungs
 - bild der Krankheiten 29 f.
 - ebene der Triebfaktoren 88 f. (Tab. 4)
 - form der Triebfaktoren 86, 88 f. (Tab. 4), 417
- Erstarrung der Triebdrehbühne 147
- Es 22, 23, 69, 111
- Ethisch (s. auch e-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 84, 105 f., 109 f.
 - Gewissenszensur 109 f.
 - moralischer Trieb 81
- Exhibition, exhibieren (s. auch hy-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
 - Auffassung 370, 375
 - Beispiel 262 (Fall 16)
 - - Profile (WALDER) 264
 - bei Hebephrenie 259, 292 f., 304, 308 f., 459
 - Syndrom, Syndromatik 262, 377 (Tab. 40)
 - - Triebklasse 262, 294
- Exogen
 - Gesetz 105
- Experiment (s. auch Triebtest)
 - und Bergbau 94
 - und Psychose 79
 - und Symptomkomplex 93
- Experimentelles Komplement = E.K.P. (s. Komplement)

F

- Faktor* (s. auch *b-*, *s-* usw. -Faktor)
 - Bedürfnis (s. auch Bedürfnis) 56 f.
 - *Begriff* 56 f., 81 f.
 - Entwicklungsstufen 88, 89 (Tab. 4)
 - und Erbkrankheit 81
 - Erscheinungsform 86 f., 88 f. (Tab. 4)
 - Grundeinheit, Grundelement 84
 - *Klassifizierung* 81, 83 (Tab. 3), 148
 - Krankheitsform 90, 91 (Tab. 4)
 - Lebenskurve 95 ff. (Abb. 5-12)
 - Radikale 27, 84, 87 ff., 94, 96 f.
 - Reaktionen als Symptomverbände 254
 - Sozialisierung im Beruf 90, 91 (Tab. 4)
 - - im Charakter 90, 91 (Tab. 4)
 - Sublimierung 90, 91 (Tab. 4)
 - Symptombildung 90, 91 (Tab. 4)
 - und Teilfunktionen 94
 - und Umwelteinflüsse 95
 - *verbände* 240 f. 255
 - - und Erkrankungsrichtung 241, 254 f.
 - - *bei Trieberkrankungen*
 - - - Depersonalisation 330
 - - - Epilepsie 494, 499
 - - - Exhibitionismus 377
 - - - Fetischismus 376
 - - - Haltlosigkeit 433
 - - - Hebephrenie 295, 306
 - - - Homosexualität 409, 412
 - - - Katatonie 283, 306
 - - - Konversionshysterie 486, 498
 - - - Lustsyndrom 359
 - - - Manie 344 f., 349
 - - - Masochismus 376
 - - - Melancholie 341 f., 349
 - - - Paranoid 260, 272, 278, 305
 - - - Perversion 376, 377
 - - - Phobie 490, 499
 - - - Sadismus 377
 - - - Sucht 430
 - - - Zwangsneurose 474, 498
- Familiär*
 - anlage 27
 - Triebkonflikte 26
 - Ubw. (s. Unbewußtes)
- Farbenwechsel* 482
- Färbung* (s. Triebfarbe)
- F-Ego* (s. Ego)
- Feminin* (s. auch Moll, weiblich) 113 f.
- Fetischismus*, Fetischist
 - Auffassung (anthropologische) 371
 - - (dasciansanalytische) 371
 - - (KRAFFT-EBING) 371
 - - (Ps.-A.) 371
 - - (Sch.-A.) 370, 371
 - Beispiel 375 (Fall 32), 441 (Fall 39)
 - und Introjektion 367 f., 371
 - und Masochismus 381
 - *Psychologie* 369, 370 f.
 - *Syndromatik* 372, 376 (Tab. 40)
 - - Quantumspannung 171
- Frau* (s. auch Moll)
 - Genformel 184
 - Triebziel 125

- Freiheit* 420, 425
F-Strebungen, -Tendenzen (s. Moll)
Fugue 472
Funktionsverbände (SCHNEIDER) 86, 239, 259

G

- Ganzprofil* 208
Ganztrieb, Ganztrieb bild 27, 116, 131, 134 f., 153
 - und diagonale Spaltung 124 f.
 - und Erbanlage 138
 - des Ichtriebs 106
 - und Komplementmethode 200 f.
 - des Kontakttriebes 107
 - des paroxysmalen Überraschungstriebes 105
 - des Sexualtriebes 105
 - *Teilungsarten* 116 ff.
 - und Th. K. P. 200
 - und Wahlzwang 136 f.
 - Zweiteilung 136 f.
- Ganzwesen* 368 ff.
- Gegenbesetzung* (Ps.-A.) 469
- Gegensatz*
 - analyse (s. Komplementmethode)
 - bild der Sexualität 117
 - konstruktionen 28, 31 f., 77
 - paare 29, 57, 77, 79
 - - und Geisteskrankheit 32
 - - des Trieblebens 26
 - spannung
 - - Lösungsarten 29
 - - Rand - Mitte 111
 - *theorie* 104 ff.
- Gegensätzlichkeiten* (s. auch Komplementmethode)
 - und Altersstufe 87
 - *Dialektik* 104 ff.
 - Dur - Moll 113 f.
 - Dynamik 78
 - und Geisteskrankheit 33
 - Rand - Mitte 111
 - und Schicksal 26
 - der Strebungen 149
 - und Sublimation 33
 - Teilung (s. auch Teilung) 27 ff., 116 ff., 136 f.
 - und Triebgene 57
- Geistesgesundheit*
 - *Begriff* 31 f.
 - und Ich 78
 - und Legierung 121
 - und Quantum der Triebgene 78
 - und Teilung der Gegensätzlichkeiten 28, 78
- Geisteskrankheit* (s. auch Psychose, Trieberkrankungen)
 - und Abwehrmechanismus 78
 - *Begriff* 31 f., 78
 - und Bewußtseinspsychiatrie 13
 - endogene 87, 93
 - und Erbbiologie 453
 - und Gegensatzkonstruktionen 32

- und Ichkrankheit 31 f.
 - idiopathische 78
 - und Neurose 78
 - und Radikale 87
 - und Sublimation 33
 - und Teilung der Gegensätzlichkeiten (s. auch Teilung) 28, 31, 78
 - und Triebgefahr 248
 - = Triebkrankheit 30 f., 78, 128
 - und Triebproportionen 249
 - Geistestätigkeit (s. auch Sublimation) 87, 90, 91 (Tab. 4)
 - Geltungsdrang (+ *ly*) (s. auch *ly*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
 - Gen, Gene*, genisch
 - bedingtheit der Triebe 55 f., 77
 - biologisch 81, 374
 - faktoren und Neurose 455
 - *formel*
 - - eines Bedürfnisses 57
 - - der Frau 184
 - - des Mannes 184
 - - einer Tendenz 56
 - - eines Triebes 57
 - und Krankheit 80
 - Lebens- 70 f.
 - partner 77
 - struktur der Triebe 57
 - *theorie* 55 f., 77 ff., 104, 136, 417
 - - Sadismus 374
 - Todes- 70 f.
 - Trieb- 55 ff.
 - Triebquelle 55
 - Genealogie
 - der Epilepsie 493
 - der Geisteskrankheit 249
 - Genotropismus 368
 - Geschlechts (s. auch Sexualität)
 - proportionen (s. Triebproportionen)
 - strebungen (s. auch Dür-Moll) 113
 - zugehörigkeit 185
 - Gesundheit (s. Geistesgesundheit, Normalität)
 - Gewissen(s) (s. auch *e*-Faktor) 109 f.
 - gesetz 110
 - zensur 88 (Tab. 4), 109 f.
 - Größenwahn (s. Paranoid)
 - Grund
 - einheit 84
 - trieb 27
 - versuch 199
- ## H
- Halbseinsneurosen 372
 - Halbwesentum und Perversion 368 f.
 - Halluzination
 - Organhalluzination 292 f., 309
 - bei Psychosen 21, 282
 - Haltlosigkeit* (s. auch Psychopathic)
 - Beispiel 251 (Tab. 36)
 - und Kontakttrieb 418
 - *Psychologie* 415 ff.
 - sexuelle 427
 - *Syndromatik* 432 f.
 - - Mitte 173
 - Triebventil 363
 - Tritendenz 165
 - Haschen und Hasten (s. auch Manic) 344
 - Hebephrenie*
 - Beispiel 296 (Fall 24), 298 (Fall 25), 301 (Fall 26), 319 (Fall 28)
 - - Profile 294
 - und Entwertung 459
 - und Exhibition 259, 292 f., 304, 308 f., 459
 - und Homosexualität 293 f., 308
 - und hypochondrisches Syndrom 292, 309
 - maniforme 295, 300
 - und Organhalluzination 292, 309
 - und Paroxysmaltrieb 259, 292
 - und Projektion 292 f., 308 f., 459
 - *Psychologie* 308 f.
 - und Schuld- und Strafangst 292 f.
 - Symptomenkomplex 257, 303
 - Symptomverbände (SCHNEIDER) 258 f.
 - *Syndromatik* 259, 292 ff., 306 (Tab. 37)
 - und Verneinung 308
 - Heboid (s. auch Hebephrenie) 292, 304
 - Hemmung*
 - und diagonale Spaltung 125 f.
 - Mitte 173, 460
 - und Negationsraum 144
 - des Ödipushasses 126
 - der Perversion 126
 - und Triebdrehbühne 149
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Konversionshysterie 485
 - - Neurose 460
 - Hermaphroditisches Doppelwesen 368
 - Heterozygot 56 f., 77, 79, 80
 - b-Faktor*
 - *Begriff* 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4), 148, 417
 - *Benennung*:
 - + *b* = Personenliebe
persönliche Zärtlichkeit
 - *b* = kollektive Liebe
Menschheitsliebe
 - *Dialektik*
 - - primäre 104 f., 107 f.
 - - sekundäre 109 f.
 - Dualisierung (*b*+*s*) 84
 - Dursskala 113 f.
 - Entwicklungsstufen 88 (Tab. 4)
 - Erscheinungsformen 88 f. (Tab. 4)
 - Krankheitsformen 90 (Tab. 4)
 - Lebenskurve 96 (Abb. 5)
 - Mollskala 113 f.
 - Sozialisierung im Beruf 90 (Tab. 4)
 - - im Charakter 90 (Tab. 4)
 - Sublimierung 90 (Tab. 4)
 - und Sucht 429 (Tab. 51)
 - Symptombildung 90 (Tab. 4)
 - Hintergänger, Hintergrund, Hintergrundstreben*
 - und Abwehrart 234
 - *Begriff* 27, 116, 138
 - Beispiel (s. Komplementmethode)
 - und Desintegration 135
 - und Deutung des E.K.P. 204 f.

- *Dialektik* 108, 115 f., 140 ff., 151, 153, 165
- und Entladungsbereitschaft 204
- bei Homosexualität 123, 128 f., 406 f.
- und Ichtrieb 142
- und Integration 134
- *Komplementmethode* 199 ff., 207
- Mann-Frau-Genformel 184
- beim gehemmten Ödipus 129 f.
- bei gehemmter Perversion 130 f.
- und Schatten (JUNG) 234
- bei Schizophrenie 126 f.
- und Triebdrehbühne 201, 206
- und Tritendenz 131 f.
- und Ubw. 140 ff., 234
- und Unitendenz 116 f.
- *Wirkungsart* (s. auch Tropismus) 139 f., 206, 234

Homosexualität

- analsadistische 409
 - Auffassung (BENKERT) 404
 - - (MAGNUS HIRSCHFELD) 404 f.
 - - (Ps.-A.) 129, 406
 - - (STEINACH) 406
 - - (WESTPHAL) 404
 - *Begriff* 409, 410
 - Beispiel 186 und 413 (Fall 5), 188 (Fall 6), 191 und 414 (Fall 7), 252 (Tab. 36), 268 (Fall 18), 396 (Fall 36), 441 (Fall 39)
 - - Profile 294, 415 (Tab. 49)
 - und diagonale Spaltung 119, 125, 128
 - endokrine Störungen 406
 - Erbbedingtheit 405
 - Erbkreis 79
 - und Hebephrenie 293 f., 308
 - und Ichwechsel 410
 - Inversion 409
 - und Migräne 406
 - und Paranoid (Paranoia) 129, 294, 307, 310, 406, 407, 413
 - und Perversion 409
 - Pseudohomosexualität 410
 - *Psychologie* 406 f.
 - und Selbstmord 406, 413
 - Sublimierung 406
 - *Syndromatik* 406 f., 411 f.
 - - Mitte 174
 - - Triebklasse 294
 - Ursprung 405 f.
 - und Zwangsimpulse 123
- Horizontale Teilung (s. auch Legierung) 117 ff.

- Human, Humanisierung 48, 77, 152
- und Integration 135
 - und Legierung 120

hy-Faktor

- *Begriff* 74, 81, 83 (Tab. 3), 84, 88 f. (Tab. 4), 148, 417
- *Benennung*:
 - + *hy* = Exhibieren
 - Geltungsdrang
 - Sich-zur-Schau-Tragen
 - Sich-Zeigen
- *hy* = Aufbau einer Scham- und Ekelschranke

moralisches Verhalten
moralische Zensur
Phantasiewelt
Sich-Verbergen

- und Bergbau 94
- *Dialektik*
- - primäre 105 f., 107 f.
- - sekundäre 109 f.
- Dualisierung (*hy+e*) 84
- Dursskala 113 f.
- Entwicklungsstufen 88 (Tab. 4)
- Erscheinungsformen 88 (Tab. 4)
- Hebephrenie 292, 310
- Krankheitsformen 90 (Tab. 4)
- Lebenskurve 99 (Abb. 8)
- Mollsskala 113 f.
- Sozialisierung im Beruf 90 (Tab. 4)
- - im Charakter 90 (Tab. 4)
- Sublimierung 90 (Tab. 4)
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- Symptombildung 90 (Tab. 4)

Hyper

- egodiastole, egosystole (s. auch dort) 312
- negation (s. auch dort) 93

Hypochondrie, hypochondrisch

- Auffassung (Ps.-A.) 314
- - (Sch.-A.) 313 f.
- *Begriff* 313
- Beispiel, neurotische 317 (Fall 27)
- - psychotische 319 (Fall 28)
- Einteilung 313
- und Integration 134
- und Inzestbindung 315
- und Hebephrenie 292 f., 309
- neurotische 313
- Organ 314
- Organhalluzinationen 292 f.
- *Psychologie* 315
- psychotische 314
- und Schuld- und Strafängst 292, 315
- *Syndrom, Syndromatik* 115, 292, 313 ff.
- - Abwehrart 32
- - Mitte 460
- - Quantumspannung 171
- und Unitendenz 117

Hypomanie (s. auch Manie)

- Kontakt 348
- und Schizomanie 266

Hysterie, hysterisch (s. auch Phobie, Konversionshysterie) 81

- Abwehrmechanismen 482 f.
- *Auffassung*
- - (entwicklungsgeschichtliche, KRAEPELIN) 481
- - (erbbiologische) 454
- - (KRETSCHMER) 481 f.
- - (neuro-endokrine Lokalisation) 451
- - (Ps.-A.) 450, 481
- - (Sch.-A.) 482 f.
- Paroxysmen 485
- *Syndromatik* 486 f.
- - Mitte 173, 460

Hysteroepilepsie (s. auch paroxysmale Neurosen) 483

- *Syndromatik* 491

I

- Ich* (s. auch *k*- und *p*-Faktor, *Seb*-Vektor)
- und Abtrennung 420
 - abwehr (s. Abwehrmechanismen)
 - und Anpassung 48
 - Auffassung (Ps.-A.) 22 f., 69 f.
 - ausdehnung (s. Egodiastole)
 - Begriff 46 f.
 - diagonale Spaltung (s. auch dort) 125
 - *Dialektik* 106 ff.
 - Drill- 110
 - und Dualunion 418 f.
 - -Du-Beziehung 416 f., 418 f.
 - Durskala 113 f.
 - einengung (s. Egosystole)
 - erweiterung (s. Egodiastole)
 - und Es (Ps.-A.) 22, 23, 69, 111, 458
 - *funktionen* 328
 - - und Abwehr 106
 - - und Angst 488
 - - und Bewußtmachung 51, 488
 - - *Dialektik* 106 ff.
 - - Dualisierung 84
 - - und Instinkt 51
 - - und Zwang 468 f., 470
 - und Geisteskrankheit, -gesundheit 78
 - *ideal* (s. auch Idealbildung) 89 (Tab. 4), 112
 - - und Homosexualität 129, 407, 409, 413
 - - und Paranoid 129, 307
 - - und Zwangsneurose 472
 - und Instinkt 47, 51
 - und Integration 134, 371, 472
 - inversion bei Homosexualität 413
 - *k*-Ich 141 f.
 - krank 31 f.
 - und Legierung 120 f.
 - männliches (M-Ego) 185, 371, 472 f.
 - mechanismus (s. Abwehrmechanismus)
 - Mollskala 113 f.
 - neurose = Zwangsneurose 461 f.
 - und Objekt 418
 - *p*-Ich 141 f.
 - realistisch 81
 - und Schockwirkung 50
 - sperre (s. auch Katatonie, Sperre) 311, 459
 - *stellungnehmendes* (s. auch Stellungnahme) 47, 51, 81 f., 473
 - *trieb* (s. auch *Seb*-Vektor) 81, 83 (Tab. 3)
 - - Auffassung (Ps.-A.) 64 f.
 - - Begriff 46 f.
 - - und Bewußtsein 46 f., 51
 - - *Dialektik*
 - - - Dur - Moll 113
 - - - primäre 106 f.
 - - - Rand - Mitte 109 f.
 - - - sekundäre 109 ff.
 - - - Vordergänger - Hintergänger 117 f.
 - - und Kontakttrieb 418
 - - und *Ubw.* 46, 141 ff. (Abb. 13)
 - und Triebdrehbühne 149
 - *bei Trieberkrankungen* (s. auch Abwehrmechanismus)
 - - Depersonalisation 327 f.
 - - Epilepsie 493 f.
 - - Haltlosigkeit, sexueller 431
 - - Homosexualität 407, 410, 413
 - - Manie 346
 - - Melancholie 346
 - - Perversion 367 f.
 - - Sucht 420, 427
 - - Zwangsneurose 472
 - und Triebgene 78
 - und Triebverschränkung 58
 - und Tritendenz 131 f.
 - *Über-*
 - - und Es 111
 - - Sublimation 150
 - - und *Ubw.* 142 (Abb. 13)
 - - bei Zwangsneurose (Ps.-A.) 464, 467
 - unbewußtes 13, 141
 - veränderung und Hintergänger 140
 - wechsel 410
 - weibliches (F-Ego) 185, 371, 472
- Idealbildung* (s. auch *k*- und *p*-Faktor) 82, 89 (Tab. 4)
- *Dialektik* 112 f.
 - und Hintergänger 143
 - und Introjektion 418
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Haltlosigkeit, sexueller 431
 - - Homosexualität 407, 409, 413
 - - Manie 346
 - - Perversion 367 f.
 - - Zensur (s. auch Zensur) 109 f.
- Idealismus, Idealist*
- *Dialektik* 112
 - gewissenhafter 112
- Identifizierung, Identifikation* (s. auch Introjektion)
- und Persona 327
 - bei Trieberkrankungen
 - - Homosexualität 129, 406
 - - Melancholie 340, 342, 346
- Immobilisation* (s. Sich-tot-Stellen)
- Immobilisierung* der Drehbühne 147
- Inbesitznahme-Fähigkeit* (s. auch Besitznahme-Fähigkeit) 367 f.
- Inflation* (s. auch *p*-Faktor) 82, 83 (Tab. 3)
- Begriff 141
 - *Dialektik* 106 ff.
 - und Paranoid 260, 276, 303, 307 f.
 - raum 141 f.
 - und Zwang 472
- Inhuman* 77
- Instinkt*
- *Auffassung* (Instinkt, Trieb und Vcrstand) 37 ff.
 - - (adaptive Modifikation. SPENZER-LLOYD-MORGAN, TOLMAN, MCDUGALL) 43 f.
 - - (- Kritik. LORENZ) 44
 - - (angestrebte Reflexablauftheorie. LORENZ) 44
 - - (Aviditätstheorie. KATZ) 41
 - - (Behaviourismus. WATSON) 45 f.
 - - (Kettenreflextheorie. ZIEGLER) 44
 - - (- Kritik. MCDUGALL u. a.) 44
 - - (latent - manifest. SCHNEIDER) 38

- - (Sprachliches. SUTER) 37
- - (vollkommen - unvollkommen)
- - (- ZIEGLER, MARAIS) 39 ff.
- - (- KATZ) 50 f.
- - (- BERGSON) 51
- - (Ziellosigkeit - Zielstrebigkeit. SCHNEIDER, CHRISTOFFEL) 38
- und neurotisches Symptom 48 f.
- tierische und menschliche 50 f., 52 (Tab. 1)
- Integration, Integrierung*
- und Angst 488
- Bedeutung 134
- Begriff 134, 483
- und Dualunion 371
- und Entwicklung 134
- und Humanisierung 134
- Ichbild 134, 327 f.
- bei Sublimation 135
- bei *Trieberkrankungen*
- - Angsthysterie 135
- - Depersonalisation 327 ff.
- - Hypochondrie 134
- - Neurose 460
- - Phobie 28, 134, 483
- und Triebgefahr 134, 168 (Tab. 10)
- der Triebgegensätzlichkeiten 28, 116, 134 f.
- und Zwang 472
- Intersexualismus 198, 405
- Introjektion(s) (+k)* (s. auch *k*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4)
- und Abtrennung 347, 421
- Ad-hoc-I. 378, 445
- Begriff 143, 418
- und Entfremdung 163, 284
- und Kontakttrieb 418
- Moment-I. 378, 381
- und narzißtische Prozesse 304
- und Objektbindung 418
- und Persona 326 f.
- raum 141 f.
- bei *Trieberkrankungen*
- - Depersonalisation 326 f.
- - Fetischismus 369, 371, 381
- - Hypochondrie 315
- - Melancholie 342, 346
- - Perversion 367 f., 375, 376, 377 (Tab. 40)
- - Schizophrenie 304
- - Sucht 425 f.
- - Zwangsneurose 460, 470 f.
- Introprojektion*
- bei Hypochondrie 315, 328
- bei Melancholie 343 f., 459
- Inversion* (s. auch Homosexualität, Triebzielinversion) 32 f.
- Inzestbindung*
- und diagonale Spaltung 119
- Sublimation (Beispiel) 111
- bei *Trieberkrankungen* 144
- - Bisexualität (Beispiel) 111
- - Depersonalisation (Beispiel) 333
- - Haltlosigkeit, sexueller 431
- - Homosexualität 124, 129
- - Hypochondrie 315

- - Neurose (Beispiel) 111
- - Phobie 489
- - Beispiel 508 (Fall 43)
- - Zwangsimpulse 124
- Isolierung* (= vertikale Teilung) 118, 122, 153
- und Neurose 460
- Psychologie 461
- Triebgefahr 165 f. (Tab. 8)
- bei Zwangsneurose (Ps.-A.) 165, 465, 467, 469
- - (Sch.-A.) 28, 118, 165, 470, 473

K

- Kain* (s. auch *e*-Faktor) 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
- autistischer 112, 422
- und diagonale Spaltung 125
- bei Epilepsie 395, 492 f.
- bei Hysterie 485
- bei Melancholie 342
- Kastration(s)*
- angst und Zwangsneurose (Ps.-A.) 464, 467
- und Dualunion 419 f.
- Katatonie, katatoniform, katatone Schizophrenie* (s. auch *k*-Faktor)
- und Allmacht 259
- Beispiel 250 (Tab. 36), 285 (Fall 22)
- - Profile 243 (Tab. 33)
- und *Egosystole* 92, 93, 248, 259, 303, 311 f.
- Erbkreis 79
- Erkrankungsrichtung 243 (Tab. 33), 246
- als Heilungsversuch 311 f.
- und Manie 348
- Mutismus 312
- und Negation 93, 259, 311
- und Neurose 312
- und Paranoid 274 f., 310 f.
- *Psychologie* 310 f.
- *Sperre, Sperrung* 243, 248, 283, 304, 311 f., 459
- Stupor 256 f., 311
- und Sukzession der Triebprofile 311
- Symptomenkomplex 256 f., 303
- Symptomverband (SCHNEIDER) 92, 258 f.
- *Syndrom, Syndromatik* 92, 115, 282 f., 306 (Tab. 37), 312
- - Abwehr 32
- - Mitte 173, 243, 360
- - Quantumspannung 93, 171
- - Teilung der Gegensätzlichkeiten 29, 32
- - Triebformel 246
- - Triebgefahr 259
- - Triebklasse 246, 248, 250, 259, 303
- und Unitedenz 117, 248
- k-Faktor* (s. auch *Egosystole*)
- Anpassung 112
- Begriff 81, 83 (Tab. 3), 88 f. (Tab. 4), 148, 418
- *Benennung:*
- + *k* = Bildung von Besitzidealen, Objektidealen
- Egoismus

- Egozentrismus
- Eigenliebe
- Interessenszenusur
- Introjektion
- Objekte in Besitz nehmendes Ich
- realistisches Ich
- Wunsch, Macht zu ergreifen
- *k* = Anpassung
- Entwertung
- Hemmung
- Negation
- Verdrängung
- Vernichtung
- Verzicht
- *Dialektik*
- primäre 106 f.
- sekundäre 109 f.
- Dualisierung (*p*+*k*) 84
- Dursskala 113 f.
- und Katatonie 92, 93
- Lebenskurve 100 (Abb. 9)
- Mollskala 113 f.
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- Kleben (— *d*) (s. auch *d*-Faktor) 83 (Tab. 3), 148
- Kleinkind
- und Bipolarität 87
- und Erscheinungsform des Triebes 86, 88, 89 (Tab. 4)
- und sexuelle Entwicklung (Ps.-A.) 73
- und Triebverschränkung 84
- Kleptomanie
- Beispiel 175 (Fall 13), 177 und 440 (Fall 2)
- Syndromatik 433
- Kollektives Ubw. (s. Ubw.)
- Komplement, Komplementmethode* 116, 198 ff., 207
- Beispiel (= Gegensatzanalyse)
- Depersonalisation 332 (Fall 29)
- Epilepsie 504 (Fall 42)
- Fetischismus 380 (Fall 32)
- Fortsetzung des ersten Wahlversuches im E.K.P. 209 (Fall 12)
- fraktionierte Deutung des E.K.P. 226 (Fall 15)
- globale Deutung des E.K.P. 220 (Fall 15)
- Konversionshysterie 502 (Fall 41)
- Konversionshysterie, Phobie 508 (Fall 43)
- Masochismus 383 (Fall 33)
- Mörder 401 (Fall 37)
- Neuorientierung im E.K.P. 214 (Fall 14)
- Sadismus 388 (Fall 34)
- Sadomasochismus 394 (Fall 35)
- Wahl im E.K.P. in der Richtung des Hintergängers 211 (Fall 13)
- Zwangsneurose 478 (Fall 40)
- *Deutung*, allgemeine 204 ff.
- fraktionierte 226 f.
- globale 220 ff.
- *experimentelles* (E.K.P.)
- Aufnahme 199
- Deutung 201 f., 207, 208 (Tab. 23)
- Entladungsbereitschaft 204
- und Hintergänger 200
- Konkordanz 205, 207
- Wahlarten 206
- Wahlreaktionen 200 f. (Tab. 22)
- und Prognose 207
- und Schatten (JUNG) 234
- Technik 199 ff.
- *theoretisches* (Th.K.P.) 199, 207, 208
- Aufnahme 200
- Deutung 208 (Tab. 23)
- und Ganztriebsprofil 202
- und Hintergänger 200
- Reaktionen 202 f.
- und Tropismus 201
- Komplex 445, 463
- Konduktor 79, 80
- Konkordanz* (s. auch Komplementmethode) 205 f., 207, 220, 222
- Konstitution
- anankotrope 468
- Auffassung (CONRAD) 85
- (KRETSCHMER) 84
- (Kritik KRETSCHMER. JASPERS, SCHNEIDER) 85
- und Bergbau 94
- Triebklasse 94
- Kontakt*
- psychopathisch 364, 415 ff.
- sperre bei Katatonie (s. Katatonie)
- *trieb* (s. auch *C*-Vektor) 81, 83 (Tab. 3)
- und Abtrennung 420
- und diagonale Spaltung 125
- *Dialektik*
- — Dur — Moll 113
- — primäre 106 f.
- — Rand — Mitte 108 f.
- — sekundäre 108 f.
- — Vordergänger — Hintergänger 122 f.
- und Dualisierung 84
- und *Dualunion* 415 f.
- und andere Faktoren 417
- und Ichtrieb 418
- und Legierung 121
- *Theorie* 415 f.
- bei *Trieberkrankungen*
- — Depersonalisation 330
- — Depression 248
- — Epilepsie 495, 499
- — Exhibitionismus 377
- — Fetischismus 376
- — Haltlosigkeit 433
- — Hebephrenie 296, 306
- — Homosexualität 409, 412
- — Hypochondrie 316
- — Katatonie 284, 306, 312, 348
- — Konversionshysterie 487, 498
- — Manie 93, 248, 348, 349, 418
- — Masochismus 376
- — Melancholie 93, 348, 349
- — Neurose 459
- — Paranoid 261, 267, 279, 305, 348
- — Perversion 376, 377
- — Phobie 491, 499
- — Sadismus 377

- - - Sucht 415 f., 418, 431
- - - Zwangsneurose 474, 498
- - und Tritendenz 131 f.
- Konversion 482, 489
- Konversionshysterie*
- Beispiel 497 (Fall 41), 506 (Fall 43)
- Profile 487 (Tab. 53)
- und Entfremdung 482
- und paroxysmale Neurose 461
- *Syndrom, Syndromatik* 115, 485 f., 498 (Tab. 57)
- - Abwehr 32
- - Mitte 361
- - Quantumspannung 171
- - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32
- Koppelung 417
- bei Trieberkrankungen 470, 482, 483, 484
- Krankheit(s) (s. auch Erkrankung, Erkrankungsrichtung)
- formen
- - und Diagnose 254
- - Einheit (Einheitspsychose) 237 f., 247
- - - und Triebgefähr 249 f.
- - - und Triebtest 240 f.
- - Vielheit (s. auch Syndromelehre) 237 f., 249
- - Vierheit 248
- - Zweiheit (KRAEPELIN) 237 f.
- Gewinn und Zwangsneurose (Ps.-A.) 466, 467
- Wahl 26
- Kriminalität
- und Dualunion 424
- und Psychopathie 363
- und Verlust der Mitte 363
- Kriterien
- der biologischen Radikale 84, 87, 93 f.
- der experimentellen Syndrome 255
- eines idealen Triebsystems 59
- der Sch.-A. 77 ff., 85 f.

L

- Latent, Latenz*
- und Dialektik 144 f.
- grad 245, 250
- gröÙe 250, 362
- *proportionen*
- - Beispiel 251 (Tab. 36), 362
- - Bestimmung 245
- - und Diagnose 254
- - und Psychose 248
- und Vorderstrebungen 145 f.
- Wurzelfaktoren 146
- Lebensalter
- Erscheinungsform der Triebe 86, 88, 89 (Tab. 4)
- und Triebproportionen 198
- Lebenskurve
- bei Schizomanie 95
- der Triebfaktoren 95 ff. (Abb. 5-12)
- Legierung*
- und Dur - Moll 114
- und gesund - krank 121

- = *horizontale Teilung* 28, 118, 153, 169 (Tab. 11)
- im Ich 120 f., 169
- im Kontakt 121, 169
- im Paroxysmalvektor 121, 169
- und Selbststeuerung 118, 169
- in der Sexualität 120, 169
- und Tritendenz 132 f.
- Letale Faktoren 70 f.
- Libido, libidinös*
- Auffassung (JUNG) 65
- - (Ps.-A.) 64 f., 67, 71
- - fixierung (Ps.-A.) 75
- schicksal und Neurose (Ps.-A.) 450
- bei Trieberkrankungen (s. Ps.-A. der einzelnen Erkrankungen)
- Lust*
- ansprüche und Homosexualität 413
- *prinzip*
- - im Hintergänger 401
- - und Ödipuskomplex 359
- - und Perversion 367
- - und Psychopathie 358
- *syndrom* 359, 375, 376 (Tab. 40), 402 (Fall 37)

M

- Magie 465, 467
- Manie, manisch* (s. auch *m-Faktor*, manisch-depressives Irresein) 81
- und Abtrennung 93, 248, 344
- Auffassung (Ps.-A.) 22 (Abb. 2), 341
- Beispiel 250 (Tab. 36), 353 (Fall 31)
- - Profile 244 (Tab. 35)
- und Egosystole 348
- und Entwertung 459
- Erbkreis 79
- Erkrankungsrichtung 243 f., 248
- als Heilungsversuch 348
- und Katatonie 348
- und Kontakttrieb 93, 248
- und Legierung 244
- und Paranoid 267
- *Psychologie* 345 f.
- Symptomkomplex 336
- *Syndrom, Syndromatik* 87, 344, 349 (Tab. 38)
- - Abwehr 32
- - Mitte 173
- - Quantumspannung 93, 171
- - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32, 244
- - Triebformel 247
- - Triebgefähr 93
- - Triebklasse 246 f.
- und Unitendenz 244, 248
- Wahnsinn (= Schizomanie), Beispiel 268 (Fall 18)
- - Syndromatik 266 f.
- Manieriertheit 163
- Manifest, Manifestation
- der Bedürfnisse 144 f.
- = Symptomreaktionen 146

- der Triebgene 77
- und Vordergrund 145 f., 200
- Manisch-depressives Irresein*
 - Auffassung (Ps.-A.) 339 f.
 - und Erkrankungsrichtung 241, 243, 248
 - und Kontakttrieb 248, 418
 - *Psychologie* 345 ff.
 - Symptomenkomplex 336, 338
 - *Syndromatik* 336 ff.
- Mann, männlich, maskulin (s. auch Dur)
 - Ich (s. Ich, M-Ego)
 - Triebziel 125
- Maske (s. Persona)
- Masochismus*, Masochist (s. auch Sadismus, Sadosomachismus, s-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 148
 - Auffassung (KRAFFT-EBING) 372
 - (MAGNUS HIRSCHFELD) 372
 - (Ps.-A.) 373
 - (Sch.-A.) 370, 374 f.
 - (SCHWARZ) 373
 - Beispiel 188 (Fall 6), 251 (Tab. 36), 375 (Fall 32), 382 (Fall 33)
 - Erbkreis 79
 - und Fetischismus 381
 - und Homosexualität 409, 410
 - *Syndromatik* 374, 376 (Tab. 40)
 - Quantumspannung 171
 - und Triebkrankheit 79
 - und Triebproportionen 188 (Fall 6)
- M-Ego (s. Ich, männliches)
- Melancholie*, melancholisch (s. auch manisch-depressives Irresein, Depression)
 - Auffassung (Ps.-A.) 339 f.
 - Beispiel 350 (Fall 30)
 - und Introprojektion 459
 - und Kontakttrieb 93
 - und Paranoid 348
 - *Psychologie* 341 f., 345 f.
 - Symptomkomplex 336
 - *Syndrom*, *Syndromatik* 88, 341 f., 349 (Tab. 38)
 - Mitte 360
 - Quantumspannung 171
 - Wahnsinn (= depressives Paranoid) 271
- Menschheitsliebe (+ b) (s. auch b-Faktor) 81, 83 (Tab. 3)
- Metatropismus, metatropistisch 373, 396
- m-Faktor*
 - Ablösungstendenz (- m) 83 (Tab. 3)
 - Abtrennungsbedürfnis (- m) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4)
 - Anklammerungsbedürfnis (+ m) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4)
 - *Begriff* 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 148, 416
 - *Benennung*:
 - + m = Akzeptationsbedürfnis (Drang, angenommen zu werden)
 - Anklammerungsbedürfnis (Sich-Anklammern)
 - Oralität
 - Sicherung der erworbenen Objekte
- m = Ablösungstendenz
- Abtrennungsbedürfnis
- Freiheitsdrang
- *Dialektik*
 - primäre 107 f.
 - sekundäre 109 f.
 - Dualisierung (d+m) 84
 - Durskala 113 f.
 - Erscheinungsebene 89 (Tab. 4)
 - Erscheinungsform 89 (Tab. 4)
 - und übrige Faktoren 417
 - Krankheitsformen 91 (Tab. 4)
 - Lebenskurve 103 (Abb. 12)
 - und Manie (s. auch dort) 81, 87, 93
 - Mollskala 113 f.
 - Oralität 89 (Tab. 4)
 - Sozialisierung im Beruf 91 (Tab. 4)
 - im Charakter 89 (Tab. 4)
 - Sublimierung 91 (Tab. 4)
 - und Sucht 429 (Tab. 51)
 - Symptombildung 91 (Tab. 4)
- Migräne (s. auch paroxysmale Neurosen) 497 (Tab. 56)
- Minusreaktionen (s. Reaktionen, negative)
- Mischungen, Mischformen der Psychosen 250, 252, 304, 350
- Mitte*
 - *Analyse* 172 f.
 - Beispiele 110, 111, 174
 - und Desintegration 168
 - und Dur - Moll 198
 - und Integration 168
 - der autistische Mörder 360
 - negative 172
 - positive 172
 - *Rand - Mitte*
 - *Dialektik* 108 ff., 151, 160 f.
 - *Methode* 160 ff.
 - bei Neurosen 459 f.
 - sozialnegative - positive 152
 - *bei Trieberkrankungen*
 - Depersonalisation 173, 329
 - Depression 173
 - Epilepsie 174, 361, 494, 499
 - Exhibitionismus 377
 - Fetischismus 376
 - Haltlosigkeit 173, 433
 - Hebephrenie 293, 295, 306
 - Hemmung 173, 460
 - Homosexualität 174, 360
 - Hypochondrie 173, 316, 460
 - Hysterie 173, 460
 - Katatonie 173, 243, 283, 306, 360
 - Konversionshysterie 361, 486, 498
 - Manie 173, 349, 360
 - Melancholie 349, 360
 - Neurose 460
 - Paranoid 173, 242, 260, 278, 305, 360
 - Perversion 174, 376, 377
 - Phobie 174, 362, 460, 490, 499
 - Psychopathie 360, 361, 363
 - Sadismus 377
 - Sucht 173, 430
 - Zwangneurose 173, 460, 474, 498
 - und Triebgefahr 109

- Variationen, charakterologische 172 (Tab. 13)
- bei Trieberkrankungen 173 f. (Tab. 14)
- Verlust 172, 360
- Zweifler 172

Moll

- Beispiele 186 ff. (Fall 5-11)
- Charakter 113
- *Dur und Moll, Dialektik* 113 f., 151, 184 ff.
- *Skala*, Syndrom 108, 113 f., 153, 185 f.

Momentintrojektion 378, 381

Moralische (s. auch *hy*-Faktor) 109 f., 148

Mörder

- E. 123, 264, 493
- Kinds-, Beispiel 401 (Fall 37)
- Lust- 396
- Mitte 360
- Raub- 396 (Fall 36)

M-Strebungen (s. *Dur*)

Mutation und Triebgene 81

N

Narzißmus, narzißtisch

- Affektionen (Ps.-A.) 340, 343, 450
- Begriff (Ps.-A.) 65
- und Dualunion 419
- und Introjektion 304, 327
- und Introprojektion 343
- bei Trieberkrankungen
- - Depersonalisation 327
- - Hypochondrie 314
- - manisch-depressives Irresein 340, 345
- - Zwangserrscheinungen 466

Negation, Negativismus (s. auch *k*-Faktor)

- 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
- und Katatonie 93, 284, 311

Negationsraum 141 f.

Negative(s)

- Erscheinungsbild 149
- Reaktionen (s. Reaktionen)
- Richtung der Bilderwahl 149
- Strebungen (s. Strebungen)

Neuorientierung im E.K.P. 206, 207, 220

Neurasthenie

- Auffassung (Ps.-A.) 450
- und Erbbiologie 454 f.
- und neuro-endokrine Lokalisation 451 f.

Neurose, neurotisch

- Akzeptationsneurose (Beispiel) 209 (Fall 14)
- Auffassung (Erbpathologie) 75, 447, 453 f., 457
- - (neuro-endokrine Lokalisation) 447, 451, 456
- - (Ps.-A.) 20, 22 (Abb. 1), 75, 446 f., 456
- - (psychologische. JANET u.a.) 445 f.
- - (Sch.-A.) 455 f., 459 f.
- - (somatische. BEARD u.a.) 445 f.
- *Begriff* 445, 456, 460
- und Erbkreis 455
- Erkrankungstypen (Ps.-A.) 448

- als globale Erscheinung 456 f.

- Klassifizierung (Ps.-A.) 450

- - (Sch.-A.) 460

- und Psychopathie 460

- und Psychose

- - (JASPERS) 457

- - (Ps.-A.) 20, 458

- - (Sch.-A.) 459 f.

- und Realitätsverlust 20, 22 (Abb. 1), 458

- und Sperrung 285

- Symptome 48 f.

- *Syndromatik* 459 ff., 498, 499 (Tab. 57)

Neurotopik 453

Normalität (s. auch Alltagsmensch) 23

(Abb. 4)

- *Dur-Moll-Propportionen* 114

- Sexualität 120, 365

O

Objekt

- Bindung (s. auch Dualunion, Inzestbindung) 417 f.

- ideal, idealbildung (s. auch Idealbildung, Introjektion) 89 (Tab. 4), 143, 418

- und Ich 417 f.

- suchen (s. auch *d*-Faktor) 417 f.

- und Trieb 417 f.

Objektivierung, Objektivierung 309, 314

Ödipal, Ödipus

- gehemmter 119, 126, 167 (Tab. 9), 242

- komplex

- - und Abtrennung 422

- - und Lustprinzip 359

- - und Zwangneurose (Ps.-A.) 463, 467, 468

- haß und diagonale Spaltung 119, 126, 129, 167 (Tab. 9), 242

- syndrom 359

Onanie 464, 467

Ontogenetische Triebentwicklung 86, 88,

89 (Tab. 4)

Operotropisierte Interessen 80

Oralerotik, Oralität (s. auch *m*-Faktor) 89 (Tab. 4)

Oralsadismus 84

Organische

- Geisteskrankheit und Erstarrung 147

- Hirnerkrankung

- - Beispiel 288 (Fall 23)

- - und Erbanlage 291

- - und Sperrung 285

P

Paranoia, Paranoid, paranoide Schizophrenie

81

- Beispiel 251 (Tab. 36), 261 ff. (Fall 16-21)

- - Profile 242 (Tab. 29 und 30)

- *depressives*

- - Beispiel 252 (Tab. 36), 272 (Fall 19)

- - Syndromatik 271 f.

- diagonale Spaltung 118 f., 241 f., 248, 282

- und Egodiastole 91 f., 93, 248, 259, 278, 282, 303
- Erbkreis 79
- Größenwahn (s. inflatives Paranoid)
- und Homosexualität 294, 307, 310, 407
- homosexuelle Spaltung 118 f.
- Ich 110, 241 f., 303
- *inflatives*
 - - Beispiel 242 (Tab. 31), 251 (Tab. 36), 279 (Fall 21)
 - - Psychologie 307
 - - Symptomenkomplex 303
 - - Syndromatik 260, 276 f., 305 (Tab. 37)
 - - - Teilung der Gegensätzlichkeiten 29, 252 f.
 - - - Triebgefahr 93, 259
 - - - Triebklasse 259, 303
 - und Katatonie 310 f.
 - *katatoniformes* (= zwanghaftes)
 - - Beispiel 242 (Tab. 30), 275 (Fall 20)
 - - diagonale Spaltung 241 f.
 - - Syndromatik 274 f.
 - *maniformes*
 - - Beispiel 268 (Fall 18)
 - - Syndromatik 266 f.
 - und Melancholie 348
 - und Projektion 93, 303, 307 f., 459
 - *projektives*
 - - Symptomenkomplex 256, 303
 - - Syndromatik 260 ff., 305 (Tab. 37)
 - - - Abwehr 32
 - - - Mitte 173, 360
 - - - Quantumspannung 93, 171
 - - - Triebformel 246 f.
 - - - Triebgefahr 259
 - - - Triebklasse 246 f., 259, 294, 303
 - *Psychologie* 282, 303, 307 f.
 - Symptomenkomplex 256
 - und Symptomverbände (SCHNEIDER) 258 f.
 - *Syndrom, Syndromatik* 115, 256, 260 ff., 305 f. (Tab. 37)
 - und Unitendenz 117, 241 f., 248
 - Wahnbildung 93, 256 f., 303, 307
- Parosysmal*
 - Abwehr bei Überraschungsneurosen 484
 - Erbkreis 79
 - *Neurosen* 460, 481 ff.
 - - Klassifizierung 461
 - - Mitte 174
 - - und Schutzmechanismen 461
 - Psychopathie (Beispiel) 396 f. (Fall 36)
 - *trieb* (= Überraschungstrieb) (s. auch *P-Vektor*) 81
 - - und diagonale Spaltung 125
 - - *Dialektik*
 - - - Dur - Moll 113
 - - - primäre 105 ff.
 - - - Rand - Mitte 109 f.
 - - - sekundäre 109 ff.
 - - - Vorgänger - Hintergänger 121
 - - und Legierung 121
 - - und Hebephrenie 259, 292
- Partialtrieb
 - Auffassung (Ps.-A.) 73
 - - (Kritik) 73
- und (sexuelle) Entwicklung 365
- und Triebfaktor 86, 88, 89 (Tab. 4)
- Passiv homosexuelle Spaltung 125, 128 f.
- Passivität ($-s$) (s. auch s -Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
- P-Erbkreis* 79
- Persona und Depersonalisation 327 f.
- Personalisation 326
- Personenliebe ($+h$) (s. auch *b-Faktor*) 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4)
- Persönlichkeitsradikale (s. Radikale)
- Perversion*
 - *Auffassung* (dascinsanalytische Theorie. BINSWANGER, BOSS) 366
 - - (Deformationstheorie. SCHWARZ) 365
 - - (Deformierungstheorie. STRAUSS) 366
 - - (Destruktionstheorie. VON GEB-SATTEL) 366
 - - (KRAFFT-EBING) 364
 - - (Ps.-A.) 364 f.
 - - (Sch.-A.) 367 ff.
 - Beispiel 330 (Fall 29), 375 (Fall 32), 382 (Fall 33)
 - destruktive 375, 377 (Tab. 40)
 - und diagonale Spaltung 119, 125, 126, 130
 - und Ichstörung 367 ff.
 - introjektive 375, 376 (Tab. 40)
 - Klassifizierung 374
 - Lustmörder 369
 - und Lustprinzip 358, 363, 367
 - *Psychologie* 364 ff.
 - und Sexualverbrecher 396
 - Spaltung 118 f.
 - und Sucht 427
 - *Syndrom, Syndromatik* 375, 376, 377 (Tab. 40)
- p-Faktor* (s. auch Egodiastole)
 - Ambitendenz (s. dort)
 - Begriff 63, 82, 83 (Tab. 3), 148, 418
 - *Benennung*:
 - + p = Besessenheit von Ambitendenz
 - Bewußtmachung
 - Bildung von Ichidealen
 - Doppeldenken
 - geistige Zensur
 - idealbildendes, geistiges Ich
 - Inflation
 - Verdoppelung des Ichs
 - p = Hinausverlegung unbewußter Regungen in die Außenwelt
 - Projektion
 - Übertragung der Verantwortung auf andere
- *Dialektik*
 - - primäre 106 f.
 - - sekundäre 107 f.
 - Dualisierung ($k+p$) 84
 - Durskala 113 f.
 - Egodiastole (s. dort)
 - Erscheinungsebene 89, 91 (Tab. 4)
 - Erscheinungsformen 89, 91 (Tab. 4)
 - Idealzensur 109 f.
 - Inflation (s. dort)
 - Krankheitsformen 91 (Tab. 4)
 - Lebenskurve 101 (Abb. 10)

- Mollskala 113 f.
- und Paranoid 81, 91, 93
- Sozialisierung im Beruf 91 (Tab. 4)
- - im Charakter 89 (Tab. 4)
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- Symptombildung 91 (Tab. 4)
- Phantasiewelt (s. *ly*-Faktor)
- Phobie*, Angsthysterie
 - und Angsthysterie 489
 - Auffassung 489
 - Beispiel 506 (Fall 43)
 - - Profile 491 (Tab. 54)
 - und Integration 135, 472, 483
 - und paroxysmale Neurose 461
 - *Syndrom*, *Syndromatik* 487, 489, 499 (Tab. 57)
 - - Abwehr 32, 483
 - - Mitte 173, 362, 460
 - - Quantumspannung 171
 - - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32
- Phylogenetisch
 - Ursprung der Triebe 86, 88, 89 (Tab. 4)
- Plus-Reaktion (s. Reaktion, positive)
- Polarität*
 - der Bedürfnisse (= vektorielle) 57, 77 f.
 - und Dialektik 107 f.
 - Realismus - Idealismus 112
 - der Strebungen (= faktorielle) 57, 77 f.
- Positive(s)
 - Erscheinungsbild 149
 - Reaktionen (s. Reaktionen)
 - Richtung der Bilderwahl 149
 - Strebungen (s. Strebungen)
- Präparanoid 241
- Prognose 199, 206, 208, 220 f.
- Projektion* (s. auch *p*-Faktor) 82, 83 (Tab. 3), 89 (Tab. 4), 148
 - *Begriff* 141, 418
 - und Dualunion 421
 - und Entfremdung 328
 - und Kontakttrieb 418
 - und Organhalluzinationen 292 f.
 - Projektionsraum 141 f.
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Depersonalisation 328
 - - Hebephrenie 292 f., 308 f., 459
 - - Homosexualität 407
 - - Hypochondrie 315
 - - Manic 348
 - - Paranoid 93, 260, 303, 307, 309, 459
 - - Zwang und 472
- Proportionen (s. Geschlechtsproportionen, Triebproportionen)
- Pseudologia phantastica 292 f.
- Psychiatrie*
 - Bewußtseinspsychiatrie 13
 - biologische (SCHNEIDER) 86
 - Daseinspsychiatrie 14
 - Denkpsychiatrie 14
 - Geschichte 237 f.
 - und Psychoanalyse 18 f., 21 f.
 - und Psychologie 17 ff.
 - und Tiefenpsychologie 18, 248
 - Triebpsychiatrie 14
- Psychodiagnostik 240
- Psychologie*, psychologisch
 - Bedürfnispsychologie 58, 145
 - Bewußtseinspsychologie 145
 - *der Trieberkrankungen*
 - - Depersonalisation 326 f.
 - - Epilepsie 492
 - - Fetischismus 371 f.
 - - Haltlosigkeit 415 ff.
 - - Hebephrenie 308 f.
 - - Hypochondrie 313 f.
 - - Hysterie, Phobie 481 ff.
 - - Katatonie 310 f.
 - - manisch-depressives Irresein 345 ff.
 - - Paranoid 282, 307 f.
 - - Perversion 364 ff.
 - - Sadismus und Masochismus 372 f.
 - - Schizophrenie 303 ff.
 - - Sucht 415 ff., 425 f.
 - - Zwangsneurose 122 f., 461 ff.
 - der Wahlreaktionen 144 ff.
- Psychopathie*, psychopathisch
 - *Auffassung* (BLEULER) 356
 - - (JASPERS) 356 f.
 - - (KRAEPELIN) 355
 - - (LANGE) 356
 - - (Ps.-A.) 22 (Abb. 2)
 - - (Sch.-A.) 358 ff.
 - Beispiel 175 (Fall 1), 177 (Fall 2), 375 (Fall 32), 382 (Fall 33), 386 (Fall 34), 391 (Fall 35), 396 (Fall 36), 401 (Fall 37)
 - Dialektik 358 f.
 - und Drehbühne 147
 - Haltlosigkeit 363
 - Klassifizierung 355, 356, 363
 - Kleptomanie (Beispiel) 211 (Fall 13)
 - Kontaktpsychothie 364, 415 ff.
 - Kriminalität 363, 364
 - und Lustprinzip 358 f., 363, 459
 - Moral Insanity 169
 - und Neurose, Psychose 360 f.
 - paroxysmale (Beispiel) 396 (Fall 36)
 - *Psychologie* 358 ff.
 - Sexualdelikte 363
 - Sexualpsychothie (s. auch Perversion) 363, 364 f.
 - *Syndromatik* 355 ff., 376, 377 (Tab. 40)
 - - Faktorenverband 359
 - - Mitte 172, 358, 360, 361 (Tab. 39), 363, 459
 - - Quantumspannung 171
 - - Teilung der Gegensätzlichkeiten 28
 - - Triebklasse 363
 - - Trias 358, 363, 400, 459
 - und Triebventil 358, 362 f., 459
- Psychopathologie, psychopathologisch
 - Symptomverbände 93
 - und Triebpathologie 30
- Psychose* (s. auch Geisteskrankheit, Trieberkrankungen)
 - *Auffassung* (JASPERS) 32
 - - (Ps.-A.) 20, 23 (Abb. 3)
 - - (Sch.-A.) 26 ff.
 - und Gegensatzkonstruktionen 31 f.
 - und Genealogie 249
 - und Ichabwehrart 459
 - Mischformen 250, 304, 350

- und Mythos 24 f.
- und Neurose (JASPERS) 457
- - (Ps.-A.) 20, 458
- - (Sch.-A.) 78, 459 f.
- präsenile (BLEULER) 291
- und Proportionen 248
- und Radikale 27, 93
- und Realitätsverlust (Ps.-A.) 20, 32, 458
- und Symptomenkomplex 93
- *Syndromatik* 256 ff.
- und Triebleben 20, 62, 93
- und Triebstruktur 79
- und Ubw., familiäres 26
- Ursprung (Ps.-A.) 458
- P-Vektor* (s. auch paroxysmal) 81, 83 (Tab. 3)
- und Affekte 105
- Desintegration 168 (Tab. 10)
- diagonale Spaltung 125, 167 (Tab. 9)
- *Dialektik*
- - Dur - Moll 113
- - primäre 105 ff.
- - Rand - Mitte 109 f.
- - sekundäre 109 ff.
- - Vordergänger - Hintergänger 119 f.
- Integration 168 (Tab. 10)
- Isolierung 166 (Tab. 8)
- Legierung 121, 169 (Tab. 11)
- und Sucht 429 (Tab. 51)
- Tritendenz 131 f., 164 (Tab. 7)
- Unitendenz 162 (Tab. 5)
- Verschränkung 108

Q

- Quadriäqualität 362
- Quadr tendenz 116, 134 f., 153
- Qualität
- der Triebbedürfnisse 77
- der Triebenergie 55
- Quantität des Triebstoffes 77
- Quantum der Triebgene 78
- Quantumspannung* (Qu.-Sp. = Triebüberdruck)
- und Abwehr 170 f. (Tab. 12)
- und Ambivalenz 170
- im E.K.P. 205
- und Entladungsunfähigkeit 170
- *bei Trieberkrankungen*
- - Angsthysterie 171
- - Depersonalisation 329
- - Epilepsie 171, 499
- - Exhibitionismus 377
- - Fetischismus 171, 376
- - Haltlosigkeit 171, 432
- - Hebephrenie 293, 295, 305
- - Homosexualität 408, 412
- - Hypochondrie 171
- - Katatonie 93, 171, 283, 306
- - Konversionshysterie 171, 498
- - Manie 93, 171, 349
- - Masochismus 171, 376
- - Melancholie 171, 349
- - Paranoid 93, 171, 260, 278, 305
- - Perversion 376, 377

- - Phobie 499
- - Sadismus 171, 377
- - Sucht 430
- - Zwangneurose 171, 474, 498
- Quelle der Triebe 55 f., 77

R

- Radikale
- biologische 84, 239, 259
- und Diagnose 248
- und Dialektik 94 f.
- und Erbbiologie 95
- und Erkrankungsrichtung 239 f., 247
- und Funktionsverbände 86, 239, 259
- Kriterien 84 f.
- der Persönlichkeit (CONRAD) 85 ff.
- - (KRETSCHMER) 84, 94
- - (SCHNEIDER) 85
- und Psychose 27, 93, 259
- und Schizophrenie 259
- und Symptom 93
- und Symptomverbände 86, 259 f.
- und Triebfaktor 84 f., 93, 247
- Triebradikale 247, 259
- und Umweltlabilität 95

Rand

- und Dur - Moll 198
- *Mitte*
- - Beispiel 110, 111, 175 ff. (Fall 1-4)
- - *Deutungsmethode* 160 ff.
- - *Dialektik* 108 ff., 151
- - bei Neurose 459
- - probleme und Erkrankungsrichtung 460
- und Sublimation 168

Räumung des Bewußtseins 471

Reaktion

- im E.K.P. 200 f. (Tab. 22), 207 (Tab. 23)
- - ambivalente 200
- - bitendente 206
- - negative 205
- - Null- 200, 202, 204
- - positive 201 f.
- Symptom 146, 245
- im Th.K.P. 207 (Tab. 23)
- - negative 202
- - positive 202
- im V.G.P. 146, 207 (Tab. 23)
- - negative 148 f.
- - Null- 140, 146 f.
- - positive 148 f.
- Übersicht 207 (Tab. 23)
- und Ubw. 144 f.

Reaktionsbildung

- und Hintergänger 140, 143
- Psychologie 461 f.
- bei Zwangneurose 460, 464 f., 467, 469, 470

Realist, Realismus, realistisch

- der autistische 112
- Dialektik 112
- und Idealismus 112

Realität(s)

- und Dualunion 419

- prinzip (Ps.-A.) 48
- prüfer 110
- sinn und Bedürfnis 47
- verlust
- - und Neurose (Ps.-A.) 20, 458
- - und Psychose (Ps.-A.) 20, 458
- Reduktion des Triebbildes 116, 136 f., 140
- Regression (Ps.-A.) 464, 467, 469
- Reintegration 134 f., 146, 202
- Remanenz-Triebbild (s. Th.K.P.)
- Reparation (s. auch Abwehrmechanismus) 21
- Reversibel 78

S

- Sadismus*, Sadist (s. auch Perversion, Sodomasochismus, s-Faktor) 81, 83 (Tab. 3)
 - Analsadismus und Homosexualität 409
 - *Auffassung* (KRAFFT-EBING) 372
 - - (MAGNUS HIRSCHFELD) 372
 - - (Ps.-A.) 373
 - - (Sch.-A.) 374
 - - (SCHWARZ) 373
 - Beispiel 386 (Fall 34)
 - und Erbkreis 79
 - und Idealfunktion 368
 - Psychologie des 372 f.
 - *Syndromatik* 375, 377 (Tab. 40)
 - - Quantumspannung 171
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Manie 345 f.
 - - Melancholie 342
 - - Perversion 370
 - und Triebkrankheit 79
 - und Triebsystem 374
- Sodomasochismus (s. auch Masochismus, Sadismus) 83 (Tab. 3)
 - Beispiel 391 (Fall 35)
- Sammelbedürfnis (+d) (s. auch d-Faktor) 89 (Tab. 4)
- Scham
 - gesetz (—by) 110
 - schranke (s. auch by-Faktor) 83 (Tab. 3)
- Schatten
 - *Auffassung* (JUNG) 233
 - und Hintergänger 234
 - und Komplementmethode 233
- Sch-Erbkreis 79
- Schicksal*(s)
 - analyse 24, 26
 - - und Dialektik 30
 - - Methoden 76
 - - Thesen 28, 29
 - - und das Unbewußte 76
 - *Begriff* 26
 - bestimmend 76
 - und Gentheorie 56 ff.
 - *Krankheiten* 26
 - möglichkeiten 33, 83, 86
 - und Triebgegensätzlichkeiten 26 f., 136
 - wandlungen 86
- Schizoforn (s. auch Schizophrenie, Sch-Vektor)
 - Erbkreis 79, 81
 - Erkrankungsrichtung 241 f., 248
 - Spaltung 125, 132, 167 (Tab. 9)
- Schizoid, katatonoides (s. Katatonie)
- Schizomanie (s. auch manisches Paranoide, Schizophrenie)
 - Beispiel 252 (Tab. 36), 268 (Fall 18)
 - Lebenskurve 95
- Schizophren*, *Schizophrenie* (s. auch Hebephrenie, Katatonie, Paranoide)
 - und Allmacht 343
 - *Auffassung* (JUNG) 24 f.
 - Beispiel 250 (Tab. 36)
 - diagonale Spaltung 241 f.
 - Elektroschock-Wirkung 78, 138
 - Erstarrung 147
 - Mischformen 304
 - Phasen 308 f.
 - *Psychologie* 303 ff.
 - Spätschizophrenie 290 f.
 - Spiegelbilder (DÉRI) 138, 310
 - *Syndromatik* 305, 306 (Tab. 37)
 - - Abwehrarten 310
 - - Teilung der Gegensätzlichkeiten 128, 138
 - und Triebdiagramm 304
 - als Triebkrankheit 128
 - und Wandlung der Abwehrart 310
- Schock
 - und Schizophrenie 78, 138
 - und Symptome, neurotische 49 f.
- Schuld*(gefühl)
 - und Allmacht 343
 - bei Trieberkrankungen
 - - Epilepsie 492 f.
 - - Hebephrenie 292 f.
 - - Hypochondrie 292, 315
 - - Melancholie 343
 - - Neurose 459
- Schutzmechanismus (s. Abwehrmechanismus)
- Sch-Vektor* (s. auch Ich, Schizophrenie) 81, 83 (Tab. 3)
 - Desintegration 168 (Tab. 10)
 - diagonale Spaltung 125, 167 (Tab. 9)
 - *Dialektik*
 - - Dur - Moll 113
 - - primäre 106 f.
 - - Rand - Mitte 109 f.
 - - sekundäre 109 f.
 - - Vordergrund - Hintergrund 117 f.
 - Integration 134, 168 (Tab. 10)
 - Isolierung 166 (Tab. 8)
 - Legierung 120 f., 169 (Tab. 11)
 - und Sucht 429 (Tab. 51)
 - Tritendenz 131 f., 164 (Tab. 7)
 - Unitendenz 162 (Tab. 5, 6)
 - Verschränkung 108
- Selbst-
 - beobachtung bei Depersonalisation 327 f.
 - - bei Hypochondrie 314
 - kontrolle 125
 - steuerung der Triebstrebungen 118, 169
 - zerstörung und Sucht 425
- Selbstmord 291
- S-Erbkreis 79
- Serienuntersuchungen 115

Sexual, Sexualität, Sexus (s. auch *S*-Vektor)
 - diagonale Spaltung 124 f.
 - Dur - Moll 113, 185
 - Erbkreis 79
 - genitale (Ps.-A.) 73
 - - und Zwangsneurose (Ps.-A.) 464, 467
 - konträre 404 f.
 - bei Normalität 365
 - partialtriebe (Ps.-A.) 73, 365
 - - (Kritik) 73
 - prägenitale (Ps.-A.) 73
 - *trieb* 81
 - - Auffassung (Ps.-A.) 64 f.
 - - *Dialektik*
 - - - Dur - Moll 113
 - - - primäre 104 f.
 - - - Rand - Mitte 108 f.
 - - - sekundäre 108 f.
 - - - Vordergrund - Hintergrund 116
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Depersonalisation 330
 - - Epilepsie 496, 499
 - - Exhibitionismus 377
 - - Fetischismus 376
 - - Haltlosigkeit 433
 - - Hebephrenie 296, 306
 - - Homosexualität 409, 412
 - - Hypochondrie 314
 - - Katatonie 285, 306, 312
 - - Konversionshysterie 487, 498
 - - Manie 349
 - - Masochismus 376
 - - Melancholie 349
 - - Neurose 459
 - - Paranoid 261, 279, 305
 - - Perversion 367, 376, 377
 - - Phobie 491, 499
 - - Sadismus 377
 - - Sucht 431
 - - Zwangsneurose 474, 498
 - - verbrecher 396
s-Faktor (s. auch Sexualität)
 - *Begriff* 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4), 148, 147
 - *Benennung:*
 + *s* = Aggression
 Aktivität
 Angriffsbedürfnis
 Sadismus
 - *s* = Hingabe
 Masochismus
 Passivität
 Zivilisierungsdrang
 - *Dialektik*
 - - primäre 104 f., 107
 - - sekundäre 109
 - Dualisierung (*b*+*s*) 84
 - Durskala 113 f.
 - Lebenskurve 97 (Abb. 6)
 - Möllskala 113 f.
 - und Sucht 429 (Tab. 51)
 Sich-Anklammern (s. Anklammerungsbedürfnis, *m*-Faktor)
 Sich-tot-Stellen (= Immobilisation) 49, 88 (Tab. 4), 482, 493

Sich-Verbergen (— *hy*) (s. auch *hy*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3)
 Sich-Zeigen (s. Exhibitionismus, *hy*-Faktor)
 Sich-zur-Schau-Tragen (+ *hy*) (s. auch *hy*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3)
 Sittengesetze 109 f.
Sozialisierung 48, 52, 79, 88, 89 (Tab. 4), 254
 Spaltung (s. auch diagonale Spaltung) 124 f.
 Spätschizophrenie 290 f.
 Sperrung (s. Katatonie, Syndromatik)
 Stauung der groben Affekte (— *e*) (s. auch *e*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3), 148
Stellungnahme des Ichs (s. auch Ich, *k*-Faktor) 81
 - und Abwehrmechanismus 29 f.
 - und Ambitendenz 82
 - und Ambivalenz 151
 - und Anpassung 48
 - *Begriff* 28
 - und Bewußtmachung 51
 - Desinteressement 110
 - und Dialektik 29
 - *Dialektik*
 - - primäre 106 ff.
 - - sekundäre 110 f.
 - *fördernde* 110
 - *hemmende* 110
 - ikonoklastische 345
 - ikonoplastische 345
 - und das männliche Ich 473
 - und Sittengesetz 110
 - *und Triebe* 47
 - bei Trieberkrankungen (s. Abwehr)
 - zweifelnde 110
Stellungnehmendes System = Mitte 109, 172 (Tab. 13, 14)
 - bei Psychopathie 360 f.
 Störungspsychismus und Zwang (BINDER) 462, 467
 Stottern
 - Beispiel, Profile 497 (Tab. 56)
 - und Erbbiologie 454
 - und neuro-endokrine Lokalisation 452
Strebung(s) (s. auch Tendenz)
 - *Begriff* 27, 56 f., 81 f., 148
 - Dur - Moll 113 f., 185
 - gegensätzlichkeiten 31, 77 ff.
 - harte, kalte 113 f., 185
 - männliche (M-) 113 f., 184 f., 473
 - Mitte 151
 - negative 148 f.
 - polarität 57, 77 f., 107 f.
 - Randstrebungen 151
 - Selbststeuerung 118
 - Teilung der Gegensätzlichkeiten 116 f.
 - warme, weiche 113 f., 185
 - weibliche (F-) 113 f., 184 f.
Sublimation(s), *sublimiert*, *Sublimierung* (s. auch *p*-Faktor) 52, 86, 87, 90 (Tab. 4), 110 f.
 - und Abwehr 33
 - *Auffassung* (Ps.-A.) 149
 - - (Sch.-A.) 33, 149 f.
 - Beispiel 111, 182 (Fall 4), 508
 - und Dur - Moll 114
 - und Faktor 90 f. (Tab. 4)

- und Geisteskrankheit 33, 80
- und Homosexualität 406
- und Integration 135
- und Inzestbindung (Beispiel) 111
- und Legierung 120 f.
- und Rand - Mitte 168
- *syndrom* 255
- und Teilung der Gegensätzlichkeiten 33
- und Triebdrehbühne 150
- und Triebgefahr 254
- Suchbedürfnis (+d) (s. auch d-Faktor)
 - bei Manie 344
 - bei Melancholie 93, 248, 342
 - Ursprung (HERMANN) 419 f.
- Such- und Erwerbbedürfnis (+d) (s. auch d-Faktor) 83 (Tab. 3)
- Sucht, *Süchtigkeit* (s. auch Psychopathie)
 - und Akzeptationsdrang 420, 425
 - Auffassung (dascinsanalytische. VON GEBSATTEL) 426 f.
 - *Begriff* 415
 - Beispiel 250 (Tab. 36), 175 und 434 (Fall 1), 436 (Fall 38), 441 (Fall 39), 177 und 440 (Fall 2)
 - und Charakterzüge 429 (Tab. 51)
 - und Dualunion 415, 423 f., 425
 - Entwicklungsphasen 424 f.
 - und Erstarrung 147
 - und Ich 420, 427
 - Klassifizierung 424, 429 (Tab. 51)
 - und Kontakttrieb 417 f.
 - und Perversion 427 f.
 - *Psychologie* 415 ff., 423, 425 f.
 - und psychopathische Trias 427
 - *Syndromatik* 428 f.
 - - Mitte 173
 - - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32
 - - Triebgefahr 363
 - - Triebklasse 363
 - und Trieb 428
 - und Zwangsreaktionen 427 f.
- S-Vektor (s. auch Sexualität) 81, 83 (Tab. 3)
 - Desintegration 168 (Tab. 10)
 - diagonale Spaltung 124 f., 167 (Tab. 9)
 - *Dialektik*
 - - Dur - Moll 113
 - - primäre 104 ff.
 - - Rand - Mitte 108 f.
 - - sekundäre 108 ff.
 - - Vordergänger - Hintergänger 116 f.
 - Integration 168 (Tab. 10)
 - Isolierung 166 (Tab. 8)
 - Legierung 120, 169 (Tab. 11)
 - Tritendenz 131 f., 164 (Tab. 7)
 - Unitentenz 116 f., 162 (Tab. 5)
 - Verschränkung 108
- Symptom*
 - Auffassung (Ps.-A.) 21, 463
 - Bildung 90, 91 (Tab. 4)
 - - und Hintergänger 139 f., 143
 - Entstehung 21, 48 f.
 - - (BRUN) 49
 - - (MARAIS) 48
 - - (Ps.-A.) 49
 - - (Sch.-A.) 50
 - - (Schockwirkung. KRETSCHMER, CHRISTOFFEL) 49
 - Komplex (s. auch Syndromatik)
 - - und Abwehrart 30
 - - bei manisch-depressivem Irresein 336
 - - bei Schizophrenie 256 f., 303
 - - und Teilung der Gegensätzlichkeiten 30
 - - und Triebfaktor 87, 90, 91, 93
 - bei Konversionshysterie 485
 - und Lebensalter 254
 - und Radikale 93
 - Spiegelbildreaktionen (DÉRI) 138, 310
 - und Überraschungstrieb 50
 - verbände (SCHNEIDER) 86, 239, 257 f.
 - - und Faktorreaktionen 254
 - - der Katatonie 92
 - - und Radikale 239, 259
 - - und Reaktionsverband 93
 - bei Zwangsnurose (Ps.-A.) 463 f.
- Syndrom, Syndromatik*
 - Abwehr 30
 - Beispiele 115
 - und Diagnose 254
 - Dur - Moll 114
 - und Faktorenvorbund 255
 - «irrealer Block» 291
 - «Kammsyndrom» (s. auch Paranoid) 260
 - Krankheitsvielfalt 249, 254
 - Kriterien 255
 - und Latenzproportionen 251
 - Lustsyndrom 359, 375, 376
 - Männlichkeit 114
 - «Mörder-E» 264, 493
 - «Ödipus» 129, 359
 - und Radikale 95
 - «Sperrungs-» 283
 - - bei Epilepsie 285
 - - bei Katatonie 312
 - - bei Neurose 285
 - - bei organischer Erkrankung 285
 - und Teilung der Gegensätzlichkeiten 30
 - bei *Trieberkrankungen*
 - - Affekt epilepsie 491 f., 499 (Tab. 57)
 - - Angstneurose 487
 - - Depersonalisation 326 ff.
 - - Epilepsie 491 f., 499 (Tab. 57)
 - - Exhibitionismus 262, 377 (Tab. 40)
 - - Fetischismus 372, 376 (Tab. 40)
 - - Haltlosigkeit 432 f.
 - - Hebephrenie 257, 292 f., 306 (Tab. 37)
 - - Homosexualität 115, 406 f., 411 f.
 - - Hypochondrie 115, 292, 313 f.
 - - Hysteroepilepsie 491 f.
 - - Irrewerden 135
 - - Katatonie 115, 256, 282 f., 306 (Tab. 37), 311
 - - Konversionshysterie 485, 498 (Tab. 57)
 - - Manie 87, 344, 349 (Tab. 38)
 - - Masochismus 374 f.
 - - Melancholie 88, 341, 349 (Tab. 38)
 - - Neurosen 445 f., 498, 499 (Tab. 57)
 - - organische Erkrankungen 285
 - - Paranoid 91, 115, 256, 260 f., 305
 - - - inflatives 276 f., 305 (Tab. 37)

- - - projektives 260, 305 (Tab. 37)
- - - - depressives 271 f.
- - - - katatoniformes 274 f.
- - - - maniformes 266 f.
- - Perversion 375, 376, 377 (Tab. 40)
- - Phobie 115, 487, 489, 499 (Tab. 57)
- - Psychopathie 355 ff.
- - Psychose 256 ff.
- - Sadismus 375, 377
- - Schizomanie 266 f.
- - Schizophrenie 256 ff., 303 f., 305 (Tab. 37)
- - Sucht 428 f.
- - Zwangsneurose 115, 473 f., 498 (Tab. 57)
- und Triebklasse 255
- weiblichkeit 114
- Syndromenlehre 93, 237 f., 240
- Synthese und Trieb 31, 58, 84

T

- Tagträumerci 329
- Technik
 - der Komplementmethode 199 f.
 - und Wahlzwang 202
- Teilung der Gegensätzlichkeiten* (= des Ganz-
triebes) (s. auch Gegensätzlichkeiten)
27 ff., 115 ff., 153
 - *arten*
 - - Bitendenz (s. dort)
 - - - diagonale Spaltung (s. dort)
 - - - Isolierung (s. dort)
 - - - Legierung (s. dort)
 - - Tritendenz (s. dort)
 - - Unitendenz (s. dort)
 - Begründung 136 f.
 - und Erkrankungsrichtung 241 f., 243, 247
 - und Geistesgesundheit, -krankheit 28, 31 f., 78, 153
 - und Idealbildung 28
 - *bei Trieberkrankungen*
 - - Epilepsie 499
 - - Exhibitionismus 377
 - - Fetischismus 376
 - - Hebephrenie 294, 306
 - - Homosexualität 406, 411, 413
 - - Katatonie 282, 306
 - - Konversionshysterie 486, 498
 - - Manie 349
 - - Masochismus 376
 - - Melancholie 349
 - - Paranoid 260, 278, 282, 305, 307
 - - Perversion 376, 377
 - - Phobie 489, 499
 - - Sadismus 377
 - - Zwangsneurose 473, 498
 - und Umweltlabilität 28, 153
 - und Wahlzwang 136
- Tendenz* (s. auch Strebung, Triebssystem) 27, 31
 - *Begriff* 53, 55 ff., 80, 83 (Tab. 3)
 - Dialektik (s. dort)

- Elementartendenzen 27
- Erbinheit 84
- Genformel 56
- *Klassifizierung* 82
- paarling 82
- *spannung(s)* 82, 146
- - differenz 245
- - grad 245
- - und Quantumspannung 170
- - quotient 474
- Theoretisches Komplement (= Th. K. P.)
(s. Komplement)
- Tiefenpsychologie 18, 24
- Transvestitismus (s. auch Perversion) 410
- Traum
 - bildung und Hintergänger 139 f.
 - deutung und Epilepsie 493
- Triäqualität 362
- Trias, psychopathische 358, 363, 400, 459
- Trieb(e)*
 - anlage 248
 - arterhaltende 109, 151
 - bedürfnis (s. Bedürfnis)
 - *Begriff* (s. auch Triebssystem) 37 f., 56 ff., 80 f., 417 f.
 - und Bewußtsein 46
 - bild 27
 - bühne (s. Triebdrehbühne)
 - diagnostik 76, 113
 - diagramm 304
 - dialektik (s. Dialektik)
 - drang 78
 - *drebbühne*
 - - und Ambivalenz 151
 - - und Dialektik 29, 154
 - - und Erstarrung 147
 - - und Ich 149
 - - und Paranoid 282
 - - und negative Reaktionen 149
 - - und Sublimation 150
 - - und Th. K. P. 201, 207
 - - und familiäres Unbewußtes 29
 - einheit 56
 - energie 55, 417
 - erkrankungen (s. einzelne Trieberkrankungen)
 - experiment (s. auch Experiment, Triebtest) 78, 116
 - faktor (s. Faktor und einzelne Faktoren)
 - faktorenverband (s. Faktorenverband)
 - farbe 139
 - *formel*
 - - Beispiel 251 (Tab. 36)
 - - Bestimmung 245
 - - *bei Trieberkrankungen*
 - - - Depersonalisation 329
 - - - Depression 247
 - - - Epilepsie 494, 499
 - - - Exhibitionismus 377
 - - - Fetischismus 376
 - - - Haltlosigkeit 432
 - - - Hebephrenie 295, 306
 - - - Homosexualität 408, 411
 - - - Hypochondrie 316
 - - - Katatonie 246, 283, 306

- - - Konversionshysterie 486, 498
- - - Manie 247, 349
- - - Masochismus 376
- - - Melancholie 349
- - - Paranoid 246, 260, 267, 272, 275, 278, 305
- - - Perversion 376, 377
- - - Phobie 489, 499
- - - Sadismus 377
- - - Sucht 430
- - - Zwangsneurose 473, 498
- funktionen 27
- *gefahr*
- - und Abwehr 26, 29, 78, 109
- - Analyse 160 f.
- - Begriff 160
- - bei Desintegration 168 (Tab. 10)
- - bei diagonaler Spaltung 167 (Tab. 9)
- - einfache 250, 254
- - und Entwicklungskrisen 254
- - bei Integration 134, 168 f. (Tab. 10)
- - bei Isolierung 165 f. (Tab. 8)
- - bei Legierung 170
- - mehrfache 250, 254
- - Mitte (s. auch Mitte) 160
- - durch Quantumspannung 170 f. (Tab. 12)
- - und Radikale 259
- - Rand 160
- - und Sozialisierung 254
- - und stellungnehmendes System 109
- - und Sublimierung 254
- - und Symptomenkomplex 93
- - *bei Trieberkrankungen*
- - - Depersonalisation 329
- - - Depression 247
- - - Epilepsie 494, 499
- - - Exhibitionismus 377
- - - Fetischismus 376
- - - Haltlosigkeit 432
- - - Hebephrenie 259, 295, 304, 306
- - - Homosexualität 408, 411
- - - Katatonie 259, 283, 306
- - - Konversionshysterie 486, 498
- - - Manie 349
- - - Masochismus 376
- - - Melancholie 349
- - - Paranoid 259, 260, 278, 305
- - - Perversion 376, 377
- - - Phobie 490, 499
- - - Sadismus 377
- - - Sucht 430
- - - Zwangsneurose 473, 498
- - und Triebklasse 246
- - bei Tritendenz 163 f. (Tab. 7)
- - bei Unitendenz 161 f. (Tab. 5)
- - Variationen 161
- gegensätzlichkeit (s. Gegensätzlichkeit)
- gegensatzpaare (s. Gegensatzpaare)
- *gen* 55 ff., 77 ff.
- - einzelgene 57
- - formel 57
- - und Geisteskrankheit 78
- - paar 57
- - *theorie* 55 ff., 77 ff.
- und Instinkttheorie (s. Instinkt)
- *klasse*
- - *Begriff*, Bestimmung 244, 246, 250
- - Beispiel 251 (Tab. 36)
- - und Bergbau 94
- - und Erkrankungsrichtung 241, 244 f.
- - und Körperbautypus 94
- - und Radikale 259
- - *bei Trieberkrankungen*
- - - Depersonalisation 329
- - - Depression 246 f.
- - - Epilepsie 494, 499
- - - Exhibitionismus 262, 294, 377
- - - Fetischismus 376
- - - Haltlosigkeit 432
- - - Hebephrenie 259, 292, 294, 295, 304, 306, 308
- - - Homosexualität 252, 294, 407, 411
- - - Hypochondrie 315 f.
- - - Katatonie 246, 248, 250, 259, 283, 306
- - - Konversionshysterie 486, 498
- - - Manie 246 f., 250, 349
- - - Masochismus 376
- - - Melancholie 349
- - - Mischpsychosen 304
- - - Paranoid 246 f., 250, 259, 260, 267, 272, 275, 278, 294, 303, 305
- - - Perversion 376, 377
- - - Phobie 489, 499
- - - Sadismus 377
- - - Sucht 250, 429
- - - Zwangsneurose 473, 498
- Klassifizierung (s. auch Triebssystem) 81 f.
- koppelung (s. Koppelung)
- krankheiten (s. einzelne Trieberkrankungen)
- kriterien (s. Kriterien)
- kurve 95
- *Lebenstrieb*
- - Auffassung (Ps.-A.) 64 f.
- - (LOEWENSTEIN u.a.) 68
- - (RÉVÉSZ) 67
- - (Sch.-A.) 70
- - und Sadomasochismus (Ps.-A.) 373
- lehre (s. Triebssystem, Gentheorie)
- und Objekt 416 f.
- pathologie 13, 30
- *profil*
- - Aufnahme 199
- - männliches 114
- - Rand - Mitte 109
- - weibliches 114
- prognose (s. Prognose)
- *proportionen*
- - und Diagnose 248, 254
- - und Geisteskrankheit 248 f.
- - Geschlechtsproportionen (s. auch Dur - Moll) 113, 184 f.
- - - Beispiele 186 f. (Fall 5-11)
- - - im Greisenalter 198
- - - und Harmonie - Disharmonie 113, 198
- - - kollektive 198
- - - vektorielle 188 ff., 198
- - bei Homosexualität 409, 412

- psychiatrie 13, 14
- psychologie (s. Psychologic)
- quantum 80
- Randtriebe 109, 151, 160
- richtung 80
- schicksal 27, 29
- schrift 115
- Schutztriebe 88 (Tab. 4)
- selbsterhaltende 109, 151
- spannung 26, 78
- *strebung* = Tendenz (s. auch Strebung)
 - 77 f., 82 f.
- - Begriff 56
- - Gruppen 113
- struktur 28, 79
- synthese 31, 58, 84
- *system* (s. auch Gentheorie)
 - (biologisches, phylo- und ontogenetisches. BRUN, VON MONAKOW) 61
 - (Funktionseinheit. McDougall) 59
 - (- Kritik) 60
 - (*genbiologisches. Sch.-A.*) 27, 31, 55 ff., 58, 75 ff., 81, 83
 - (Metapsychologie. FREUDS erste Trieblehre, energetisches Prinzip) 64, 71 (Tab. 2)
 - (- FREUDS zweite Trieblehre, richtunggebendes Prinzip) 64 f., 71 (Tab. 2)
 - (- Kritik. LOEWENSTEIN) 68 f.
 - (- - RÉVÉSZ) 67
 - (- - Sch.-A.) 70
 - (Philosophisches. NIETZSCHE, JASPERS, HÄBERLIN) 61, 63
- teilung (s. Teilung der Gegensätzlichkeiten) 29
- tendenz (s. Tendenz)
- *test* (s. auch Experiment) 27, 58, 240 f.
- - Aufnahme 199
- - und bewußt - unbewußt 142
- - und Geschlecht 113
- - und Psychodiagnostik 240
- - und Psychose 92
- - und Triebproportionen 249
- - und Wahlzwang 136 f., 202 f.
- theorie (s. Triebsystem, Gentheorie)
- Todestrieb (Ps.-A.) 64
- - (Kritik. LOEWENSTEIN u.a.) 68
- - (- Révész) 67
- - (- Sch.-A.) 70
- - und Sodomasochismus (Ps.-A.) 373
- überdruck (s. Quantumspannung)
- Urform 86, 88 (Tab. 4)
- Ursprung 55 f., 86, 88 (Tab. 4)
- vektor (s. Vektor)
- ventile 362 f., 459
- und Verschränkung (Ps.-A.) 57
- - (Sch.-A.) 57, 108
- vitale 109
- Zentraltriebe 109, 160
- ziel 125, 145
- zielinversion 409, 410, 413
- Tritendenz* 116, 153
- Beispiel 131 f.
- und Triebgefahr 131 f., 163 f. (Tab. 7)
- und Unitendenz 164

- Tropismus (s. auch Wahl)
 - und Hintergänger 234
 - und Th.K.P. 201, 206

U

Über-Ich (s. Ich)

Überraschung

- *neurose* = paroxysmale Neurose 460, 481 ff., 484
- - Syndromatik 498 (Tab. 57)
- *trieb* (s. auch paroxysmal, *P*-Vektor)
 - 81, 83 (Tab. 3), 88 (Tab. 4), 482
 - - *Dialektik*, primäre 105 f.
 - - - sekundäre 109 f.
- Umweltlabilität 30, 95
- Unbewußt, das Unbewußte* (Ubw.)
 - *Begriff* (JUNG) 75 f.
 - - (Ps.-A.) 75 f.
 - - (Sch.-A.) 76
 - und *Ichtrieb* 141 ff. (Abb. 13)
 - und Latenz 145
 - Stellungnahme 28
 - Teilung der Gegensätzlichkeiten 28
 - *Schichten des Ubw.* 142 f. (Abb. 13)
 - - *das familiäre* 24, 75 f.
 - - - Dialektik 28
 - - - und Entladungsbereitschaft 204
 - - - und Erkrankungsrichtung 248
 - - - und Hintergänger 108, 140 f., 153, 234
 - - - und Komplementmethode 199 f., 208
 - - - und Psychose 26
 - - - und Triebdrehbühne 29
 - - *das kollektive* 24, 76, 142
 - - - und Hintergänger 140 f.
 - - - *das persönliche* 24, 75 f., 142
 - - - und Hintergänger 140 f., 153
 - - - und Komplementmethode 199
 - - - und Vordergänger 108
 - - *Vordergrund - Hintergrund* 140, 200 ff.
- Ungeschehenmachen
 - Psychologie 461 f.
 - bei Zwangsneurose 465, 467, 469, 470
- Unitendenz*
 - *Begriff* 115 f., 153, 161
 - im Sexualbild 116 f.
 - bei *Trieberkrankungen*
 - - Depression 243, 248
 - - Hypochondrie 117
 - - Katatonie 117
 - - Manie 248
 - - Melancholic 93
 - - Paranoid 117, 241 f., 248
 - - Schizophrenie 248
 - *Triebgefahr* 161 f. (Tab. 5)
 - und Tritendenz 164
- Unterdrückung (s. auch *k*-Faktor) 149
- Urdualunion 421
- Urform der Triebe 86
- Urnarzismus 419
- Urtriebene 81
- Urverdrängte 471

V

- Vasonurose 453
 Vektor (s. auch *S*-, *P*-, *Sch*-, *C*-Vektor)
 - Begriff 56 ff., 80 ff., 417 f.
 - Dialektik 104 ff.
 - Klassifizierung 81, 83 (Tab. 3)
 - und Objekt 417 f.
 - und Synthese 84
 Veränderungstendenz (+ *d*) (s. auch *d*-Faktor) 83, 89
 - und Kontakttrieb 416 f.
 Verdoppelung des Ichs (s. auch Inflation, *p*-Faktor)
 - bei inflativem Paranoid 93, 260, 276 f., 307
 Verdrängung (s. auch *k*-Faktor) 83 (Tab. 3), 148
 - und Negationsraum 144
 - und neurotisches Symptom 50
 - und Triebdrehbühne 149
 - bei Trieberkrankungen
 - - Hebephrenie 293
 - - Katatonie 284
 - - Konversionshysterie 485
 - - Neurose 460
 - - Zwangneurose 463, 469, 470 f.
 Verneinung (- *k*) (s. auch *k*-Faktor) 83 (Tab. 3)
 - und Triebdrehbühne 149
 - bei Trieberkrankungen
 - - Hebephrenie 293, 309 f.
 - - Perversion 369 f.
 - - Zwangneurose 460
 Verschmelzung (s. Isolierung)
 Verschränkung 84, 108, 118
 Vertikale Teilung (s. auch Isolierung)
 - bei Homosexualität 118, 122
 - Variationen: I. analsadistische 122
 II. passiv homosexuelle 123
 Volldosis der Gene 80
 Vollwesen 368 f.
 Vorgänger, Vordergrund, Vordergrundstrebungen
 - und Befriedigung 146
 - Begriff 27, 108, 115 f., 138
 - und Bitendenz 206
 - und Desintegration 135
 - und Deutung des *E.K.P.* 204 f.
 - Dialektik 115 f., 151, 153, 165
 - und Ichtrieb 142
 - und Integration 134
 - und Komplementmethode 199 ff.
 - manifest - latent 145 f.
 - Mann - Frau 184
 - beim gehemmten Ödipus 129 f.
 - profil (= *V.G.P.*) 199, 200 f., 207, 208 (Tab. 23)
 - bei Trieberkrankungen
 - - Homosexualität 123, 128 f.
 - - polymorph Perversen 130 f.
 - - Schizophrenie 126 f.
 - - Zwangneurose 122
 - und Tritendenz 131
 - und Ubw. 140 f.
 - und Unitendenz 116 f.
 Vormanifest 146

W

- Wahl
 - der Abwehrart 30
 - lenkung des Hintergängers 139 f., 147
 - Möglichkeiten (s. Reaktionen)
 - und Projektion 141
 - reaktionen (s. auch Reaktionen) 144 ff.
 - *Zwang*
 - - und *E.K.P.* 200 f. (Tab. 22)
 - - und Experiment 137
 - - und Kräfteproportionen der Bedürfnisse 204
 - - und Schicksal 26
 - - aus technischen Gründen 136, 202 f.
 - - und Triebgegensätzlichkeiten 26, 136
 Wahnbildung (s. auch Paranoid, Projektion) 91 f., 93, 250, 260, 282, 303, 307 f., 311
 Wahrnehmungsbewußtsein (s. Bewußtsein)
 Weiblich (s. auch Ich, Moll) 113 f., 184 f.
 Weiblichkeit 114
 Wert 344 f.
 Wiederherstellung eines früheren Zustandes
 - Auffassung (*Ps.-A.*) 56
 - - (*Sch.-A.*) 56, 77
 Wunschbewußtsein (s. Bewußtsein)
 Wurzelfaktor 146, 148
 - = Radikale 84 f.

Z

- Zärtlichkeit (+ *b*) (s. auch *b*-Faktor) 81, 83 (Tab. 3)
 Zeigelust (s. Exhibitionismus)
 Zensur
 - ethische (s. auch *e*-Faktor) 109 f., 172
 - geistige (s. auch *p*-Faktor) 109 f., 172
 - Interesse = Vernunftzensur (s. auch *k*-Faktor) 109 f., 172
 - = Mitte 109, 160 f., 172 f.
 - moralische (s. auch *hy*-Faktor) 109 f., 172
 - und Randgefahr 109, 160 f.
 - sozialnegative - positive 152
 - system 152
 Zirkulär (s. auch *C*-Vektor, manisch-depressiv) 79, 81
 Zukunftprofile 220 f.
Zwang(s)
 - als Abwehr 471
 - Auffassung
 - - (*Abwehrmechanismus, Sch.-A.*) 468 ff.
 - - (Klinische Erscheinung. *BINDER*) 462
 - - (Klinische Erscheinung. *JASPERS*) 462
 - - (Symptombildung. *BINDER*) 467 f.
 - - (Symptombildung. *Ps.-A.*) 463 ff.
 - benennen 163
 - erscheinungen 122
 - - und passive Homosexualität 123
 - und Inflation 472
 - und Integration 472
 - Mechanismus, Wirkungsanalyse 470 f.
 - und Projektion 472
 - und Räumung 472

- und Sucht, Haltlosigkeit 427, 431
- teilung des Ganztriebes 118, 122
- und Tritendenz 131
- *zeichen* ($k\pm$) 472
- und Zweifel 123 f.
- Zwangsneurose, zwangsneurotisch
 - Auffassung
 - - (erbbiologische) 454
 - - (Ps.-A.) 463 ff.
 - - (psychiatrische. BINDER) 467 f.
 - - (*Sch.-A.*) 468 ff.
 - Begriff 460 f.
 - Beispiel 180 (Fall 3), 475 (Fall 40)
 - und Egosystole 460

- und Entladungsbereitschaft 474
- und Erstarrung 147
- und Isolierung 28, 29, 118, 165
- und Räumung 472
- *Syndrom, Syndromatik* 473
- - Abwehr 32
- - Mitte 173, 460
- - Quantumspannung 171
- - Teilung der Gegensätzlichkeiten 32, 118, 165
- Vorgänger - Hintergänger 122
- Zweiteilung des Ganztriebes (s. auch Teilung) 136 ff.
- Zweivierteltriebe 115

BIBLIOGRAPHIE

DER EXPERIMENTELLEN TRIEBDIAGNOSTIK UND SCHICKSALSPSYCHOLOGIE

VON PH. D. HENRY P. DAVID (Teachers' College, Columbia University)

1. ABRAHAM, Elisabeth: Zum Begriff der Projektion unter Berücksichtigung der experimentellen Untersuchung des Projektionsvorganges. Buchdruckerei Dr. J. Weiß, Affoltern (Schweiz) 1949.
2. ADAM, Zsigmond: Das problematische Kind. Budapest 1942 (ungarisch).
3. ANCELIN, A. E.; DUCHENE, H.; SCHUTZENBERGER, M.: Investigaciones criticas sobre la teoria y el test de L. Szondi. Rev. Psicol. gen. apl., Madrid 1949, 4, 437-449.
4. ANCELIN, A. E.; DUCHENE, H.; SCHUTZENBERGER, M.: Recherches critiques sur la théorie et le test de L. Szondi. Enfance, 1950, 3, 65-73.
5. BALINT, Michael: On Szondi's 'Schicksalsanalyse' and 'Triebdiagnostik'. Int. J. Psycho-Anal., 1948, 29, 240-249.
6. BELL, John E.: The case of Gregor: Szondi test data. J. proj. Techn., 1949, 13, 160/161.
7. BEJARANO, Ruth: Analyse du destin et diagnostic expérimental des pulsions. Psyché, 1948, 3, 1130-1159.
8. BEJARANO, Ruth: A propos du Test de Szondi. Enfance, 1950, 5, 484-486.
9. BEJARANO, Ruth: Psychopathologie et Test de Szondi. Journal du 1^{er} Congrès mondial de Psychiatrie, 1950, n° 7.
10. BEJARANO, Ruth, et NGUYEN, A.: Réserves et résistances. L'information psychiatrique, décembre 1949.
11. BENEDEK, István: Die Schicksalsanalyse des Arrivierens (ungarisch). Lélektani Tanulmányok, 1942.
12. BENEDEK, István: Trieb und Kriminalität (ungarisch). Egenberger, Budapest 1943.
13. BENEDEK, István: Einführung in die Schicksalsanalyse (ungarisch). Schildkraut, Budapest 1946.
14. BENEDEK, István: Die Welt der Triebe (ungarisch). Singer & Wolfner, Budapest 1948.
15. BERLING, Linette: Beitrag zur Triebpsychologie der Haltlosigkeit. Diplomarbeit. Inst. f. ang. Psychol., Zürich 1950.
16. BICHSEL-HUBACHER, Martha: Beitrag zur Psychologie des Epileptikers im Licht der experim. Triebdiagnostik. Diplomarbeit. Inst. f. ang. Psychol., Zürich 1949.
17. BLESSING, H. D.; BEDFORD, G. S., and GLAD D. D.: An experimental investigation of some identical factors of the Szondi test. J. Colo-Wyo. Acad. Sci., 1950, 4, 65.
18. BORSTELMANN, Lloyd J.: Affective stimulus values of the Szondi pictures. Unpublished PhD dissertation. Berkeley: U. California, 1950.
19. BOSSHARD, J.: Das Paranoide im Lichte der experimentellen Triebdiagnostik. Diplomarbeit. Inst. f. ang. Psychol., Zürich 1947.
20. CALABRESI, Renata A.: Interpretation of personality with the Szondi test. J. proj. Techn., 1948, 12, 238-253.
21. CALABRESI, R. A., and HELME, W. H.: Analysis of personality configuration of outpatients in psychotherapy by use of the Szondi test. J. proj. Techn., 1949, 13, 239/240.
22. CANEPA, G.: Il test di Szondi negli epilettici. Arch. d. psic., neur. e psich., fasc. IV, 1949.
23. CAZZANIGA, A.: Il reattivo di Szondi. Arch. d. psic., neur. e psich., 1942.
24. COHEN, Jacob: The chance distribution of Szondi valences. J. cons. Psychol., 1951, 15 (in press).
25. COLE, David, and ROBERTS, Eugene: Szondi results in group testing with college students. J. clin. Psychol., 1950, 6, 381-386.
26. COSTA, A. Masucco: La teoria degli istinti e la psicodiagnosi sperimentale dello Szondi. Arch. d. psic., neur. e psich., anno XI, fasc. V, 1950.
27. COSTA, A. Masucco: Orizzonti della caratterologia contemporanea. Gheroni, Torino 1950, 151-178.
28. DAVID, Henry P.: An evaluation of repeated administrations of the Szondi test. Unpublished M. A. Thesis. Cincinnati: U. Cincinnati, 1949.
29. DAVID, Henry P.: The Szondi pictures. J. abn. and soc. Psychol., 1950, 45, 735-737.
30. DAVID, Henry P.: A Szondi IBM Form. J. cons. Psychol., 1950, 14, 502.
31. DAVID, Henry P.: Szondi Scoring Form: Form D. Grune & Stratton, New York 1951.

32. DAVID, Henry P., and RABINOWITZ, William: Development of a Szondi Instability Score. *J. cons. Psychol.*, 1951, 15.
33. DAVID, Henry P.: The Szondi test: a review of the literature. *Psychol. Serv. Ctr. J.*, 1951.
34. DAVID, Henry P.: Relationship of picture preference to personality. Unpublished PhD dissertation. Columbia U., New York 1951.
35. DAVIDSON, W. N.; MURPHY, M. M., and NEWTON, B. W.: Experimental analysis of the Szondi test. *Amer. Psychologist*, 1949, 4, 388 (abstract).
36. DERI, Otto: Musical taste and personality. Unpublished M. A. Thesis. Columbia U., New York 1947.
37. DERI, Susan K.: The psychologic effects of electro-shock treatment. Unpublished M. A. Thesis. Iowa City: State U., Iowa 1943.
38. DERI, Susan K.: Description of the Szondi test: a projective technique for psychological diagnosis. *Amer. Psychologist*, 1946, 1, 286.
39. DERI, Susan K.: The effect of electro-shock treatment on depressive patients. *Amer. Psychologist*, 1947, 2, 286 (abstract).
40. DERI, Susan K.: Description of the Szondi test. *J. proj. Techn.*, 1947, 11, 6.
41. DERI, Susan K.: Review of the Szondi test. In Buros, O. K. *Mental Measurements Yearbook*. Rutgers U. Press, New Brunswick 1949, 100.
42. DERI, Susan K.: The case of Gregor: interpretation of Szondi test data. *J. proj. Techn.*, 1949, 13, 438-443.
43. DERI, Susan K.: Introduction to the Szondi test: theory and practice. Grunc & Stratton, New York 1949 (1-354).
44. DERI, Susan K.: The Szondi test. *Am. J. Orthopsychiatr.*, 1949, 19, 447-454.
45. DERI, Susan K.: The Szondi test; its application in a research study of depressive patients before and after electric-shock treatment. In ABR, L. E., and BELLAK, L.: *Projective psychology*. A. Knopf, New York 1950, 298-321.
46. DONATH, Blanka: Die Spielbedürfnisse der Erwachsenen (ungarisch). *Lélektani Tanulmányok*, 1947, 9.
47. DREYER, H. M.: Experimentelle Triebdiagnostik im Bergbau I. Mensch und Arbeit, 1949, 1, 204/205.
48. DREYER, H. M.: Experimentelle Triebdiagnostik im Bergbau II. Mensch und Arbeit, 1950, 2, 14/15.
49. DREYER, H. M.: Verlustquellenforschung auf neuen Wegen. *Zbl. f. Arbeitsw. und soz. Betriebspraxis*, 4. Jg., H. 5, 1950.
50. DUCHENE, H., et SCHUTZENBERGER, M.: Quelques réserves sur la méthodologie du Docteur Szondi. *L'Information psychiat.*, 1949, 25, 210-216.
51. DUNE, E.: Le Test de Szondi. *Critique*, 45, février 1951.
52. ELLENBERGER, H.: A propos de l'analyse du destin. *Evolution psychiatrique*, 1948, fasc. IV.
53. ELLENBERGER, H.: Das menschliche Schicksal als wissenschaftliches Problem. Zur Einführung in die Schicksalsanalyse von Szondi. *Psyche*, IV. Jg., H. 11, Heidelberg 1951, 576-610.
54. ELŐD, I.: Die seelische Entwicklung der Jugendlichen (ungarisch). *Egyházmegyei Könyvnyomda, Veszprém* 1943.
- 55a. ERVIN, G.: Die schicksalsanalytische Erziehung (ungarisch). *Katholikus Nevelés*, 1943, 267.
- 55b. ERVIN, G.: Experimentelle Analyse des Schulerfolges (ungarisch). *Magyar Psychológiai Szemle*, XVI, 1947, 26-35.
56. FIAM, J.: Astrologie und Schicksalsanalyse (ungarisch). *Lélektani Tanulmányok*, 1941, 5.
57. FISHER, Seymour: Patterns of personality rigidity and some of their determinants. *Psychol. Monogr.*, 1950, 64, 1-48.
58. FOREL, O. L.: L'Analyse du Destin. *Arch. Neurol.*, 1947, 2.
59. FOREL, O. L.: L'Analyse du Destin. *Annales médicopsych.*, 1945, t. II, 358.
60. FOREL, O. L.: Zur Schicksalsanalyse Szondis. *Schweizer Rundschau*, 1948, 48, 733-736.
61. FOSBERG, Irving A.: A study of the sensitivity of the Szondi test in the sexual and paroxysmal vectors. *Amer. Psychologist*, 1950, 5, 326/327.
62. FOSBERG, Irving A.: Four experiments with the Szondi test. *J. cons. Psychol.*, 1951, 15.
63. GABEL, J.: Los cuatro elementos de la doctrina de Szondi. *Rev. d. Psicol. gen. y aplicada*, Vol. V, Nr. 14, Madrid 1950.
64. GABEL, J.: Valeur clinique du Test de Szondi. *Psyché*, 55, Paris 1951.
65. GALLAGHER, James: Use of the Szondi test in differentiating three diagnostic groups of prison inmates. Unpublished M. S. Thesis. Pennsylvania St. Coll., 1950.
66. GILLI: Rilievi critici al test di Szondi. *Arch. d. psic., neur. e psych.*, fasc. IV, 1949.
67. GIULIANI, Charlotte: Osservazioni sul reattivo di Szondi. *Riv. Psicol.*, 1949, 45, 143-148.

68. GOLDMAN, G.: Investigation of the similarity and personality structures of grand mal, idiopathic epileptics, hysterical convulsives, and neurological patients. Unpublished PhD dissertation. New York U., New York 1950.
69. GRUNER W.: Zur Kritik des Szondi-Testes. Mitteilungen d. Berufsverbandes deutscher Psych., Nr. 9, 1949, 22-24.
70. GUERA, A., y LANG, T.: El test de Szondi; analisis del destino. Rev. Psicol. gen. apl., Madrid 1948, 3, 343-354.
71. GUERTIN, W. H.: A consideration of factor loadings on the Szondi test. J. clin. Psychol., 1950, 6, 262-266.
72. GUERTIN, W. H.: A test of a basic assumption of the Szondi test. J. cons. Psychol., 1950, 14, 404-407.
73. HARROWER, M. R.: Experimental studies with the Szondi test. Szondi Newsletter, 1949.
74. HEISS, R.: Die diagnostischen Verfahren in der Psychologie. 3. Teil, 12. Der Szondi-Test. Psych. Rundschau, Bd. II, 2, Göttingen 1951.
75. HELME, W. H.: A study of intercorrelations of the Szondi factors. Szondi Newsletter, 1950, 2, 5/6.
76. HELWIG, Paul: Die Trieblehre und das Testverfahren von L. Szondi, Psyche, Jg. 5, 1, Heidelberg 1951, 52-69.
77. HENCZ, Ilona: Schulangst und Lampenfieber (ungarisch). Budapest 1941.
78. HERMANN, I.: Psychologische und triebpsychologische Untersuchungen (ungarisch). Az Orvosok Lapja, 1946, 9.
79. HILL, Virgil T.: The Szondi test and Chance. Szondi Newsletter. Vol. III, 2, 1951.
80. HOLT, Robert R.: An approach to the validation of the Szondi test through a systematic study of unreliability. J. proj. Techn., 1950, 14, 435-444.
81. HOLZAPFEL-MEYER, M.: Eine neue Theorie der Objektwahl. Schweiz. Z. Psychol. Anwend., 1944, 3, 55-58.
82. ILLYÉS, Gyula, und KOZMUTZA, Flóra: Seele und Brot (ungarisch). Nyugat, Budapest 1939.
83. JANSIC, Anthony: The Szondi technique. Persona, 1949, 1, 7-9.
84. KARDOS, L.: Die Freiheit als Erlebnis und Bedürfnis (ungarisch). Lélektani Tanulmányok, 1947, 9.
85. KELLER, F.: Eine phänomenologische Gegenthese zur Sympathietheorie von Szondi. Schweiz. Z. Psychol. Anwend., 1944, 3, 232-234.
86. KLIJNHOUT, Adolf E.: Szondi-Test und Heredität. A Criança portuguesa, ano IX, Lisboa 1949/1950.
87. KLOPFER, Walter G.: An introduction to the Szondi test. The Student Store, U. California at Los Angeles, 1948.
88. KLOPFER, Walter G.: An investigation of the Szondi test by the association method. Amer. Psychologist, 1949, 4, 269.
89. KLOPFER, Walter G.: An investigation of the associative stimulus value of the Szondi pictures. Unpublished PhD dissertation. U. California, 1950.
90. KNIGHT, R. P.; GILL, M.; LOZOFF, M., and RAPPAPORT, D.: Comparison of clinical findings and psychological tests in three cases bearing upon military personnel selection. Bull. Menn. Clinic., 1943, 7, 114-128.
91. KOBLER, Arthur: An experimental investigation of the usefulness of the Szondi test as a clinical tool. Unpublished PhD dissertation. Topeka: U. Kansas, 1951.
92. LOMBARD-RAU, I.: Diagnostic expérimental des pulsions et des instincts. Rev. d. Morpho-physiologie humaine. Paris 1948, 1, 50-54.
93. LUBIN, Ardic: Ways of testing the validity of the Szondi test. Unpublished manuscript. Maudsley Hosp., London 1950.
94. MÁTRAI, L.: Charakterologie (ungarisch). Nemzetnevelők Könyvtára, 1943.
95. MAZA, A. Linarcos: El analisis del destino - tercera escuela psicoanalítica - y su diagnostico experimental de los instintos, Rev. Psicol. gen. y apl., Madrid 1949, 4, 285-305.
96. MERCER, M., and WRIGHT, S. C.: Diagnostic testing in a case of latent schizophrenia. J. proj. Techn., 1950, 14, 287-296.
97. MESEQUER, Pedro S. I.: El analisis del destino según Szondi. Razon y Fe, Rev. hispano-americana de cultura. Madrid, Junio 1949.
98. MÜLLER, Alfredo: L. Szondi y el analisis del destino. Revista d. educación, 6, La Plata (Argentina) 1950.
99. MÜLLER, Maximilian: Analiza destinului in conceptia lui L. Szondi. Rev. Psihol., 1947, 10, 257-297.
100. NOSZLOPI, L.: Die heutige Stellung der Triebpsychologie (ungarisch). Lélektani Tanulmányok, 1941, 5.
101. ODES, Zenia: A study of experimentally induced changes in responses to the Szondi test. Szondi Newsletter, 1950, 2.
102. PALMADE, Guy: La psychotechnique. Presses Universitaires de France, Paris 1948, 127 p.

103. PAINE, Harold: Association of measurable changes in Szondi test profiles with measurable factors in behaviour of psychotics. Unpublished PhD dissertation. Western Reserve U., Cleveland 1950.
104. PICHOT, P.: Les tests mentaux en psychiatrie. Presses Universitaires de France, t. I, 1949, 197-202.
105. PORTA, V.: Moderne tendenze della caratterologia. Riv. di Psicol., 1947, 43, 3/4.
106. RABIN, A. I., and KASSOF, A.: Quantitative Aspects of the Szondi test. Unpublished M. S. Thesis. Szondi Newsletter, 1949 (abstract).
107. RABIN, Albert I.: Szondi's pictures: identification of diagnoses. J. abn. and soc. Psychol., 1950, 45, 392-395.
108. RABIN, Albert I.: Szondi's pictures: effects of formal training on ability to identify diagnoses. J. cons. Psychol., 1950, 14, 400-403.
109. RAPAPORT, David: The Szondi Test. Bull. Menn. Clinic, 1941, 5, 33-39.
110. RAPAPORT, David: Principles underlying projective techniques. Char. Pers., 1942, 10, 213-219.
111. REMONDINO, C.: Ricerche statistiche sul test Szondi. Arch. d. psic., neur. e psych., anno XI, fasc. VI, 1950.
112. REQUET, A.: Le test du passé et de l'avenir. Psyché, 1948, 3, 1125-1129.
113. REQUET, A.: Le destin des déments. Psyché, 1948, 3, 1041-1047.
114. REQUET, A.: L'entrée dans la Schizophrénie. L'Information psychiatrique, 1949, 58.
115. SCHERER, Isidore W.: The psychological scores of mental patients in an individual and group testing situation. J. clin. Psychol., 1949, 5, 405-408.
116. SCHUBERT, J.: The Szondi test and its theoretical suppositions. Megamot 1950, 312-334 (Israel).
117. SNYDERS, Dr. N. und Dr. J.: Karakteronderzoek van Doofstommen. Tijdsch. v. Doofstommenonderwijs, 1949.
118. SPITZ, Charlotte (Zürich): Experimental studies of children from 5 to 7 years. Szondi Newsletter, 1950, 2, 1-4.
119. STEPHENSON, William: A statistical approach to typology: the study of trait universes. J. clin. Psychol., 1950, 6, 26-37.
120. STERN, E.: Le test de Szondi. Annales médico-psychologiques, 1950, I, 18.
121. STERN, E.: Analyse psycho-somatique d'un cas dermatologique à l'aide des tests de Szondi et de Murray. Cahiers de Psychiatrie, 1950, n° 4.
122. STERN, E.: Quelques remarques à propos du test de Szondi. Journal du 1^{er} Congrès mondial de Psychiatrie, 1950, n° 7.
123. STUMPER, E.: Application pratique du test de Szondi. Annales médico-psychologiques. 109^e année, mars 1951, I, n° 3.
124. SZONDI, L.: Contributions to fate analysis: Analysis of Marriages. Acta Psychol., 1937, 3, 1-80.
125. SZONDI, L.: Trieb und Erziehung. Experimentelle Triebuntersuchungen an Zwillingen (ungarisch). Lélektani Tanulmányok, Budapest 1939, 3, 79-111.
126. SZONDI, L.: Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bericht über d. I. Int. Kongreß f. Heilpäd., Genf 1939.
127. SZONDI, L.: Erziehung und Behandlung der Triebe. Schweiz. Z. f. Psychol. u. Anwend., 1946, 5, 3-14.
128. SZONDI, L.: Schicksalsanalyse. B. Schwabe, Basel 1944. 2. Aufl. 1948.
129. SZONDI, L.: Experimentelle Triebdiagnostik. I. Textband. II. Testband. H. Huber, Bern 1947.
130. SZONDI, L.: Triebpathologie. Bd. I. Elemente der exakten Triebpsychologie und Triebpsychiatrie. H. Huber, Bern 1951.
131. SZONDI, L.: Revision der Frage der «erblichen Belastung». Erbhygienische Betrachtungen über menschliche Konduktoren. Federn-Meng: Die Psychohygiene. Herausgegeben von Maria Pfister-Ammende (Zürich). Hans Huber, Bern 1949, Bd. I, 61-77.
132. SZONDI NEWSLETTER, published at irregular intervals by the Psychological Service Center, Univ. of Oklahoma, at Norman, Okla. Editor: Dr. William B. Lemmon, vol. I 1949, vol. II 1950, vol. III 1951.
133. VUYK, Rita: Wiegiersma's critiek op de Szondi-test. Ned. Tijdsch. v. Psych. V, 5, 1950.
134. WAGNER-SIMON, Therese: Einführung in die schicksalsanalytische Theorie von Dr. L. Szondi. Schweiz. Z. f. Psychol. u. Anwend., 1943, 2, 2-18.
135. WAGNER-SIMON, Therese: Einige Bemerkungen zur Szondi-Diskussion. Schweiz. Z. f. Psychol. u. Anwend., 1944, 3, 285-287.
136. WAGNER-SIMON, Therese: Bemerkungen zum Szondi-Test. Schweiz. Z. f. Psychol. u. Anwend., 1946, 5, 73/74.
137. WALDER, H.: Le test de Szondi. Une nouvelle méthode d'examen psycho-diagnostique et sa valeur pour l'instruction pénale. Revue de criminologie et de police technique, vol. IV, 3, Genève 1950.

138. WALLEN, Richard: Factors affecting choice of certain Szondi test pictures. *J. cons. Psychol.*, 1951, 15.
139. WELLS, Stephen: Szondi test constellations of 50 students of music and 50 students of technology. Unpublished M. A. Thesis. City College, New York 1950.
140. WHITEMAN, Paul H.: An experimental investigation of inter-series change as a diagnostic factor in the Szondi test. Unpublished M. A. Thesis. Western Reserve U., Cleveland 1950.
141. WIEGERSMA, S.: Een onderzoek naar de geldigheid van de Szonditest voor de psychologische practijk. *Ned. Tijdsch. v. Psychol.*, 1950, 2, 108-125.
142. WITTENBROOK, J. M.; SITWELL, R., and KANDIK, A.: Clinical application of the Szondi test to a group of emotionally disturbed children. *Am. Orthopsychiat. Conv. Notes*, 1949 (abstract).

NACHTRÄGLICHE ERGÄNZUNGEN:

143. ANCELIN, A. E.; DUCHENE, H.; SCHUTZENBERGER, M.: A propos du Test de Szondi. *Enfance*, 1950, 5, 484-486.
144. BALESTRA, A.: Il test dello Szondi nella diagnostica caratterologica differenziale fra corrigendi e incensurati. Dissertation. Universität Turin (Italien) 1949.
145. DÉNES, Madeline: Recherches sur l'évolution du choix chez des enfants normaux de trois à sept ans. *Arch. d. Psych. T. XXVIII*, 109 (Mai 1940).
146. FOSBERG, Irving A.: Four experiments with the Szondi test. *J. cons. Psychol.*, 1951, 15, 39-44.
147. GUERTIN, Wilson H.: A factor analysis of some Szondi pictures. *J. clin. Psychol.*, 1951, 7, 232-235.
148. KALDEGG, A.: An account of the Szondi test. *Jour. of Mental Science*. Vol. 97, 1951, 408, 555-566.
149. LUBIN, Ardie: Linear and non-linear discriminating function. *Brit. J. Psychol. (Stat. Sect.)*, 1950, 3, 90-104.
150. MEILL, Richard: *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Hans Huber, Bern 1951.
151. PRELINGER, Ernst: Kleine Studie über die Verlässlichkeit des Szondi-Tests. *Wien. Z. Nervenhk.*, 1950, 3, 299-314.
152. ROJAS, N., y SZÉKELY, B.: La méthode de Szondi dans la recherche des tendances anti-sociales. *Annales de médecine légale*, 1950, 5, 284-289.
153. SANDLER, Joseph, and LUBIN, Ardie: A note on the reliability of the Szondi test. *Brit. J. med. Psychol.*, 1951, 24, 141-143.
154. SAUNDERS, Roger E., and NORTH, Alvin J.: The effect of an experimentally established frame of reference on the consistency of responses on the Szondi test. *Szondi Newsletter*, 1951.
155. SCHOFIELD, William: Research in clinical psychology, 1950. *J. clin. Psychol.*, 1951, 7, 215-221.
156. SZÉKELY, Béla: *Psicodiagnostico experimental de Szondi*. 1950. Kolleg, gehalten an der Universität von Bahia.
157. SZÉKELY, Béla: *Introducción a la teoria practica del psicodiagnostico experimental de Szondi*. Kapelus, Buenos Aires, 1951, 1-115.
158. SZÉKELY, Béla: *Diccionario enciclopédico de la psique*. Buenos Aires, 1950 (Termini tecnici Schicksalsanalyse, Test de Szondi).