

Zahlreich sind die Versuche, psychochirurgisch eine Besserung der Psychose zu erzielen, ohne daß die sog. Persönlichkeitsveränderung auftritt. Man variiert etwa das Ausmaß der Schnittführung, vor allem aber deren Ort. So hat unter anderem LE BEAU jüngst die Bedeutung ausgewählter Eingriffe am Frontalpol betont. Weitere Forscher sehen eine Fortentwicklung der Psychochirurgie eher im Ausbau der Thalamotomie (vgl. HENSCHEN, KLINGLER und RIECHERT). — Unseres Erachtens ist es noch nicht möglich, abschließend Stellung zu nehmen. Vorderhand scheint festzustehen, daß zumal die Leukotomie eine *Persönlichkeitsveränderung* herbeiführt, d. h. eine Veränderung an höchsten menschlichen Strukturen, eine Veränderung der Seele des Menschen. Darf die Seele durch eine Operation verändert, gemeint ist beeinträchtigt, werden? Angehörige von Schmerzleukotomierten können etwa sagen: „Er ist nicht mehr unser Vater.“ „Es ist, wie wenn er keine Seele mehr hätte.“

Es stellt sich somit die Frage nach der *weltanschaulichen Berechtigung der Leukotomie*. Die Berechtigung der Psychochirurgie steht und fällt wohl mit der Strenge der Indikationen: Auf der einen Seite Anstaltsinsassen, die seit Jahren in schwerstem Ausmaß leiden, sich und ihre Umgebung dauernd hochgradig gefährden, bei denen jegliche andere Therapie bisher versagt hat, deren Zukunft ohne neue Behandlung aller Voraussicht nach das Zugrundegehen hinter Mauern ist. Auf der anderen Seite operative Eingriffe am Gehirn, die eine Wesensveränderung setzen, die auch rein technisch, neurochirurgisch gesehen, mindestens in der Form der klassischen Leukotomie plump sind und zur Feinheit der Hirnstruktur in keiner Beziehung stehen, die aber ohne Zweifel Patienten zu sozialer Wiederanpassung führen können.

Solange keine anderen Methoden für die Schwerstkranken unserer Anstalten zur Verfügung stehen, kommt die Psychochirurgie bei vorsichtiger Indikation ohne Belastung des ärztlichen Gewissens in Betracht. Die Kritik an der Psychochirurgie hat sich vor allem gegen zu weite Indikationen zu wenden. Es fehlt hierzu nicht an mahnenden Stimmen; zitiert sei eine aus USA.: D. C. LEWIS wandte sich 1949 gegen die mißbräuchliche Anwendung der Leukotomie, indem er unter anderem den Mangel an Achtung vor der menschlichen Person scharf verurteilte. Es wird von der Entfaltung anderen therapeutischen Vorgehens abhängen, ob ein Bericht wie der vorliegende schon Rückblick oder nur Zwischenhalt ist.

Zusammenfassung. 1. Bericht über die Leukotomie bei 122 meist schizophrenen Kranken, bei denen die Indikation streng gestellt wurde, d. h. nur bei mehrjähriger Dauer, Versagen herkömmlicher Therapie und schwersten affektiven Komplikationen. Angewandt wurde meist die doppelseitige präfrontale Leukotomie von temporalen Bohrlöchern aus.

2. Die Mortalität betrug 6%, wobei die meisten Todesfälle aber unter die ersten Erfahrungen fallen. Rund $\frac{2}{3}$ der Kranken reagierten positiv, etwas über die Hälfte langfristig (Katamnesen von mehreren Jahren). Unter den Dauererfolgen finden sich schwach $\frac{1}{3}$ Entlassungen. Relativ am besten sprechen akut zur Demenz verlaufende Erkrankungen an.

3. Die Erfolge sind sozialer Art; die schizophrene Grundkrankheit verschwindet nicht. Die Erfolge erklären sich durch das Setzen eines hirnlukalen Psychosyndroms, das den Krankheitserscheinungen den affektiven Stachel nimmt.

4. Die Leukotomie hat ihre Berechtigung, solange für die schwerkranken Anstaltsinsassen keine anderen Methoden zur Verfügung stehen.

Literatur. BARAHONA FERNANDEZ: Rapp. Ier Congr. mond. de Psychiat., Paris 1950. 3me Vol. des Rapp., p. 1—62. Paris: Hermann 1950. — BENEDETTI, G.: Die Psychotherapie der Schizophrenie, Ref. 69. Wanderverslg Südwestdtsch. Neur. u. Psychiatr., Baden-Baden 31. Mai 1953 [siehe ds. Z. 25, 197 (1954)]. — BLEULER, M.: (a) Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Psychiatrische und neurologische Einzeldarstellungen, Bd. XVI. Leipzig: Georg Thieme 1941. — (b) Z. Neur. 173, 553—597 (1941). — (c) Hauptvortrag. 118. Verslg Schweiz. Ges. Psychiatr., Zürich 29. u. 30. Nov. 1952. Schweiz. Arch. Neur. 71, 360—371 (1953). — FREEMAN, W., and J. W. WATTS: Psychosurgery, 2. Aufl. Springfield, (Ill.): Ch. C. Thomas 1950. 1. Aufl. übersetzt von A. v. BRAUNMUEHL, Psychochirurgie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1949. — HELMANN, H.: Mschr. Psychiatr. N. 121, 163—199 (1951). — HENSCHEN, G., J. KLINGLER u. T. RIECHERT: Langenbecks Arch. u. Dtsch. Z. Chir. 273, 548—565 (1953). — KRAYENBUHL, H., u. M. BLEULER: Vortr. Ges. der Ärzte in Zürich 12. Juni 1947. Schweiz. med. Wschr. 1948, 841. — KRAYENBUHL, H., u. W. A. STOLL: Acta neurochir. (Wien) 1, 1—41 (1950). — LE BEAU, J.: Rapp. Réunion. ann. Soc. neurochir. lang. franç., Genève, 15 et 16 mai 1953. Revue neur. 88, 48 (1953). — LEWIS, D. C.: Zit. nach Médecine et Hygiène, 4 février 1950. — MÜLLER, M.: Nervenarzt 19, 97—107 (1948). — RORSCHACH, W. U.: Schweiz. Arch. Neur. 67, 355—365 (1951). — STAMPEL, K.: Nervenarzt 23, 241—245 (1952). — STOFFEL, A.: Med. Diss. Zürich 1952. — TRUB-WINKLER, LINA: Med. Diss. Zürich 1948. — WALTHER-BÜEL, H.: Die somatische Therapie der endogenen Psychosen, Ref. 69. Wanderverslg Südwestdtsch. Neur. u. Psychiatr., Baden-Baden 31. Mai 1953 [s. ds. Z. 25, 191 (1954)].

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Direktor: Prof. Dr. M. BLEULER).

Psychotherapie der Schizophrenie*.

Von G. BENEDETTI.

Im Gegensatz zum neurotischen Kranken, der noch über relativ starke Abwehrkräfte verfügt, scheint der Schizophrene gegensätzlichen, unvereinbaren Regungen und Strebungen seiner Seele hilflos preisgegeben zu sein. Er vermag scheinbar nicht mehr, diese zu kontrollieren. Starke Affektregungen, die vor dem Ausbruch der Psychose unbewußt waren, drängen nun

ungestüm ins Bewußtseinsfeld ein; sie sind aber offenbar keiner Integration und somit keiner Individuation fähig, sie können nicht mit dem Ichbewußtsein des Kranken zusammenschmelzen, sie tauchen oft wie fremde Stimmen und Gestalten auf, sie werden sozusagen zu selbständigen Bewußtseinskernen, die, wie von außen her, das Erleben, das Handeln, die Sprache des Kranken beeinflussen und leiten. Der Kranke fühlt sich, besonders in den akuten Stadien seiner

* Nach einem Referat auf der Tagung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiatrer in Baden-Baden am 31. Mai 1953.

Krankheit, der Auseinandersetzung solcher gegensätzlicher, miteinander ringender Mächte hilflos ausgeliefert; bald identifiziert er sich mit der einen, bald mit der anderen; das Ich des Kranken wandelt sich manchmal von Tag zu Tag.

Der Schizophrene lebt somit in einer Eigenwelt, die, wie allgemein bekannt, im Zeichen schwerster Gefährdung steht. Selbst die Apathie, die Gleichgültigkeit, der Autismus können als eine Abwehr gegenüber dem ursprünglichen Erleben der Angst aufgefaßt werden. Jeder, der Schizophrene kennt, weiß auch um ihre Angst: Angst z. B. vor den eigenen Triebregungen, vor den sexuellen Triebregungen, die als unwürdig und entwertend empfunden werden; Angst vor der eigenen Aggressivität; Angst vor dem Verlust des eigenen Geschlechtes, die man nicht nur beim Manne, sondern auch bei vielen Patientinnen findet; Angst vor dem Verlust jeglicher existentieller Geborgenheit; Angst, die nahrungsspendende, liebevoll bergende Mutter verloren zu haben, verhungern zu müssen, vergiftet zu werden.

JOHN N. ROSEN, ein begabter amerikanischer Psychoanalytiker, der sich durch seine überraschenden therapeutischen Erfolge auf dem Gebiete der Schizophrenie in Amerika einen Namen gemacht hat und bei dem ich mehrere Monate lang in New York arbeiten durfte, sieht in der Schizophrenie vor allem diese Angst vor dem Verlust, vor der Ambivalenz der Mutter, vor den frühesten Kindheitskonflikten; im Erleben dieser frühesten, uralten Beziehung zur ernährenden, weltschaffenden Mutter, namentlich im Erleben einer tiefgreifenden Störung innerhalb dieser alles spätere Sein tragenden Lebenssphäre liegt nach der Ansicht ROSENS ein wichtiges genetisches Moment der Schizophrenie; er hat nämlich in seiner Arbeit die Erfahrung gemacht, daß gerade dieser Gesichtspunkt im Verhältnis zum Kranken die tiefste therapeutische Wirkung erreicht.

Tiefenpsychologische Behandlungen schizophrener Patienten sind seit fast einem halben Jahrhundert, d. h. seit den bahnbrechenden Forschungen EUGEN BLEULERS und C. G. JUNGs im Burghölzli, immer wieder, aber im allgemeinen mit nur sehr bescheidenem Erfolg durchgeführt worden. Viele Forscher haben dann auf diesem dornenvollen Weg resigniert, andere hingegen blieben offen für die innere Frage, wie man dem schizophrenen Kranken in anderer Weise begegnen könnte. Die letzten 10 Jahre haben uns eine tiefere Besinnung auf manche bisher noch nicht erschlossene psychotherapeutische Möglichkeiten gebracht. Wir haben mit ROSEN und Madame SECHAYE — um nur jene Therapeuten zu nennen, deren Arbeitsweisen uns persönlich bekannt sind — die Erfahrung gemacht, daß es keinen großen therapeutischen Wert hat, dem Schizophrenen den von uns vermuteten psychodynamischen Sinn seiner Krankheitserscheinungen analytisch zu zeigen, wenn man nicht gleichzeitig imstande ist, den Kranken vor der Gefahr, die er befürchtet und in seiner Psychose erlebt, durch symbolische Realisierung des Konfliktes in Schutz zu nehmen. Wahnideen und Halluzinationen sind z. B. für den Kranken eine absolute Evidenz, die er meistens nicht kritisch zu befragen und zu prüfen vermag, und die man deshalb zunächst als eine dramatische, auch für den Arzt in gewissem Sinne geltende Realität behandeln soll. Diese thera-

peutische Richtung ist nur dann möglich, wenn sich der Arzt selber vom Krankheitsgeschehen irgendwie erschüttert fühlt; freilich nicht im Sinne der Angst, sondern des Bestürzt-, des Aufgewühltseins, des einspringenden Beherrschenwollens. Eine gewisse potentielle Angst mag vielleicht solchem Bestürzt- und Erschüttertsein auch zugrunde liegen, eine gewisse Fähigkeit, sich mit dem Kranken zu identifizieren, muß da sein, um die Psychose nacherleben zu können, nur ist die Reaktion beim Arzt eine ganz verschiedene von derjenigen des Kranken: hier Hilflosigkeit, dort Übernahme der führenden Rolle, die der Gefahr entgegensteuert.

Es liegt mir jetzt daran, Ihnen im folgenden ein kurzes Bild von diesem therapeutischen Verfahren zu entwerfen, das ich bei ROSEN gelernt und dann im Burghölzli an Hand meiner Erfahrungen an 7 subakuten eigenen Kranken weiterverarbeitet habe. Dieses besonders auf Aktivität gerichtete ärztliche Verfahren wird in unserer Klinik nur an einzelnen wenigen Kranken versucht und geprüft; es vertritt also nicht die psychotherapeutische Tradition unserer Klinik. Noch liegen keine genügenden Katamnesen vor, die den Erfolg bestätigen würden, und auch die Statistik ist dürftig, denn jede Einzelbehandlung hat sehr viel Zeit beansprucht. (Das von uns gesetzte Minimum ist 1 Std je Tag, mehrere Wochen und Monate lang.) Und doch lohnt es sich, diese Erfahrungen als Thema unseres Vortrages zu wählen, weil hier das Neue liegt, das uns nach kritischer Durchsicht und Beseitigung allfälliger Mißgriffe vielleicht einen Schritt vorwärtsbringen könnte.

Unsere Therapie geht von der Arbeitshypothese aus, daß die psychotischen Symptome verkleidete Wünsche, Befürchtungen und Konflikte darstellen, die dem Kranken in ihrer unmittelbaren Realität unannehmbar und unerträglich erscheinen und die andererseits zu stark sind, um einfach verdrängt und ignoriert zu werden. Daran zerfällt das Ich des Kranken. Der Arzt tritt zunächst selber an die Stelle des zerfallenden schizophrenen Ich: er kontrolliert aktiv und nimmt die destruktiven Impulse des Patienten, die seine menschliche Mitwelt und somit ihn selber zerstören, in seine persönliche Gewalt; er erfüllt andererseits in symbolischer Weise, im Spiel, im Drama, in der Sphäre leiblicher Nähe die sozial verwertbaren, lebensschöpferischen emotionalen Bedürfnisse des Kranken; er zeigt im deutenden Wort den lebensgeschichtlichen Sinn und somit auch die Relativität geisteskranken Verhaltens.

Nach unserer Erfahrung, die die Lehre ROSENS bestätigt, kann der Arzt diese Aufgabe am besten erst dann erfüllen, wenn er bereit ist, seine soziale Distanz zum Kranken soweit als möglich aufzugeben und in seinen Augen jene Menschen zu vertreten, die in frühester Kindheit tatsächlich alle Strebungen des Kranken kontrollierten und mitgestalteten: ich meine die Eltern und vor allem die dem Kinde am nächsten stehende Mutter. Der Kranke soll dann an der Person des Arztes Bezugsmöglichkeiten erleben, welche er an seinen ambivalenten Eltern wahrscheinlich nie erfahren konnte und die ihm neue Lebenshorizonte eröffnen. Der Arzt darf hier nicht mehr, wie nach der klassischen psychoanalytischen Formulierung, „Spiegel seines Kranken“, deutender Vermittler zwischen Imago und Realität sein. Er soll in seinem Verhältnis

zum Kranken, ähnlich wie die Mutter in den Anfängen des Lebens, weltschaffende Realität entwerfen, will er den Narzismus, den Autoerotismus, den Autismus überwinden. Hier liegt der wesentliche Unterschied zwischen moderner analytischer Psychotherapie der Schizophrenien und klassischer Psychoanalyse; hier liegt auch der Grund, warum wir heute nicht mehr die Erfahrung machen, daß der narzistische, autoerotische Schizophrene keiner Übertragung fähig sei.

Je mehr der Arzt als symbolische Elternfigur in das autistische Innenleben des Schizophrenen eindringt, desto mehr wird er zum Exponenten jener früheren positiven, aber auch und vor allem negativen Affektspannungen, die aus dem Erleben der Kindheit stammen und denen der Kranke durch autistische Abspaltung auszuweichen versucht. Das Hervortreten aggressiver Regungen — gleich, ob erotischer oder bloß zerstörerischer Art — bedeutet vor allem eine Wiederholung des von uns angenommenen, der Krankheit vermutlich zugrunde liegenden Konfliktkonfliktes. Der Arzt wird dann vom Patienten gezwungen, zu diesem Konflikt als direkter Partner Stellung zu nehmen. Bei 2 von meinen eigenen 7 Fällen hat sich die Psychose erst unmittelbar nach einer solchen direkten Auseinandersetzung aufgelöst. Nach der Erfahrung ROSENS und auch nach der unsrigen ist für den therapeutischen Erfolg das Erleben des Kranken entscheidend, daß er trotz allem Kraftaufwand und Haß nicht imstande ist, seinen Partner, die symbolische Elterngestalt, zu vernichten oder feindselig umzustimmen, oder auch nur von sich wegzuschieben. Wird der aggressive Schizophrene auf längere Zeit isoliert oder pharmakodynamisch gedämpft, so hat er in gewissem Sinne seinen menschlichen Partner beseitigt und verloren; Leere entsteht um ihn. Der Schizophrene aber, der seinen Partner auf diese Weise beseitigt hat, fällt oft archaischen Schuld- und Angstgefühlen zum Opfer, er ist in der Wüste, er hat die ewige Mutterbrust, die menschliche Mitwelt vernichtet, er wird verhungern. Wenn der Arzt die schizophrene Aggression völlig zu beherrschen vermag, ohne sich andererseits vom Kranken innerlich oder äußerlich zu distanzieren, dann hat er diesen Kranken auch vor den quälenden Schuld- und Angstgefühlen in Schutz genommen, die der Aggression folgen und die wiederum die Voraussetzung neuer aggressiver Regungen sind.

Wie soll man sich den Arzt in einer solchen Auseinandersetzung mit dem Schizophrenen vorstellen? Man muß hier die etwas sentimentale Vorstellung eines nur tröstenden, nur geduldig zuhörenden Arztes aufgeben und sich eher vergegenwärtigen, welch starkem Angriff, welcher Gefährdung seiner Sicherheit der Arzt in einer direkten Auseinandersetzung mit dem aggressiven Schizophrenen ausgesetzt ist. Starke Affektbewegungen sind unvermeidlich und sie sind um so notwendiger, je weniger der Arzt sich hinter technischen Maßnahmen und objektivierenden Diagnosen verschanzte und je persönlicher er zum Kranken eingestellt ist. Der Arzt, der vor einem aggressiven schizophrenen Ausbruch ganz ruhig bleibt und ein Narcotikum verordnet, ist oft psychotherapeutisch weniger wirksam als der Arzt, der auf den Affekt des Kranken mit einem entsprechenden Affekt reagiert und der auf diese Weise den Kranken stark mitmenschlich konstellierte. Hat nicht auch die gute

Mutter, der gute Vater gezürnt? Das Kind weiß aber gut zu unterscheiden zwischen Eltern, die sich liebend mit ihm beschäftigen und gelegentlich zürnen, und Eltern, die die innere Ambivalenz durch Kontrolle des Affektes und äußere Freundlichkeit zu kompensieren versuchen.

Eine ältere Schizophrene, deren Aggressivität ich durch Festhalten kontrollierte, sagte mir später: „Ich konnte Ihnen keinen Groll nachtragen, ich mußte Ihnen dankbar sein, ich spürte, daß Ihnen die Hände schmerzten.“ Ich erlebte hier die Auflösung der Psychose in unmittelbarem Zusammenhang mit der direkten Beherrschung ihrer gegen eine junge Pflegerin gerichteten, teilweise homosexuell bedingten Aggressivität. Kurz darauf sagte mir die Kranke, sie sei nun selber die junge Frau geworden, die sie früher zu zerstören trachtete und die man vor ihrem Angriff handgreiflich in Schutz genommen hatte.

Ein Katatoner, der weitgehend gesperrt und voller Angst- und Schuldgefühle war, wurde gegen mich aggressiv, als ich ihm nahelegte, daß er seine vermeintlichen Verfolger, denen er angeblich verzeihen wollte, in Wirklichkeit wie Teufel in Stücke schlagen möchte. Der Kranke, der vorher für jeglichen Zuspruch verschlossen war und nur auf seine „Stimmen“ hörte, vergaß nun seine Halluzinationen und seine Verfolger, und er sah nur noch den Arzt als die Personifikation seiner eigenen Aggressionen, die er nicht wahrhaben wollte, als den gefährlichen Erzfeind. Es kam zu einigen Auseinandersetzungen, in deren Verlauf ich ihn direkt festhalten mußte und ihm sagte: jetzt könnte ich alles tun, was du fürchtest, aber du siehst, ich will, daß du lebst. Unmittelbar darauf begann der Kranke zum erstenmal von seinen bis dahin tief verdrängten aggressiven Regungen frei zu sprechen, was eine mächtige Erleichterung und eine augenfällige Änderung im Krankheitsverlauf herbeibrachte.

Sind die emotionellen Voraussetzungen einer solchen Therapie in dieser Weise erfüllt, so bekommt das eigentlich analytische Werk, das Deuten, Aufzeigen und Erhellen, erst einen Sinn.

In unserer analytischen Arbeit unterscheiden wir theoretisch mit ROSEN die *direkte Deutung* von den *Übertragungsdeutungen*. Die *direkten Deutungen* zeigen dem Kranken den von uns vermuteten tiefenpsychologischen Sinn seiner Krankheitserscheinungen, ohne ihn vorerst rationell auf ein solches Verständnis vorzubereiten. Sie zeichnen sich oft durch ihren apodiktischen Charakter und durch bewußtes Verzicht auf verstandesmäßiges Erklären aus. Daher werden sie möglichst kurz, scharf, einfach formuliert. Dieser Deutungsstil, der sozusagen direkt an das Unbewußte appelliert, findet seine Rechtfertigung in der Erfahrung, daß viele Schizophrene oft nicht imstande sind, logische Zusammenhänge zu erfassen und einer analytischen Darstellung zu folgen; weiter beruht er auf der Annahme, daß auch der zerrissene Kranke imstande sei, emotionelle Zusammenhänge unmittelbar zu erfassen, welche er logisch noch nicht verarbeiten kann.

Folgendes Beispiel möge dieses Vorgehen etwas veranschaulichen:

Ein junger paranoider Schizophrener, der vor einigen Jahren unter anderem die Befürchtung geäußert hatte, von seiner Mutter vergiftet zu werden, befand sich in meiner Behandlung. Ein eigentümliches, langjähriges Symptom seiner Krankheit bestand im Auftreten von Erregungszuständen, in denen er zu Hause zum Ärger der Eltern seine Nachthemden in Fetzen zerriß. Der Patient hatte sich bei früheren ärztlichen Untersuchungen geweigert, über seine innere Lebensgeschichte etwas mitzuteilen, insbesondere wurde er auf Fragen, die seine Sexualität berührten, völlig gesperrt. Auch mir gegenüber entwickelte er von Anfang an eine mißtrauische Haltung. In herausforderndem Ton fragte er mich schon in der ersten Stunde, ob ich ihm denn auch sagen könne, warum er so viele Hemden zerrissen habe? Ich erwiderte sofort: „Jahrelang warst du in Mißtrauen und Einsamkeit erstarrt. Du

wolltest alles zerreißen und zerstören, was dich von deiner Mutter Brust trennt: es war und es ist der Wunsch da, wieder einmal, wie in der Kindheit, bei deiner Mutter zu liegen, was du eigentlich nie durftest.“ Der Kranke fragte mich zitternd, wie ich seine intimsten Gedanken erraten könne. Dieser Patient, der bis dahin auf sexuelle Fragen gesperrt wurde, begann nun spontan von seinem sexuellen Leben zu sprechen. Es ergab sich, daß er ganz offene inestuöse Phantasien unterhielt. In der Anwesenheit seiner Mutter sei er oft sexuell erregt gewesen. Die Deutung hatte scheinbar den Kern seines Konfliktes getroffen und gleichzeitig schlagartig eine positive Übertragung zustande gebracht, in deren Rahmen der Kranke seine paranoiden Ideen innert wenigen Tagen aufgab. Ich konnte von ihm folgendes erfahren: Seine Eltern hatten häufig miteinander Streit gehabt. Die Mutter sei oft depressiv gewesen. Wenn die Mutter sich mit dem Vater gestritten hatte, nahm sie nachher den kleinen Sohn zu sich ins Bett und war lieb mit ihm; nach der jeweiligen Versöhnung mit dem Mann kümmerte sie sich kaum mehr um das Kind, und dieses mußte das Elternzimmer verlassen. Im Bett bei der Mutter bekam das Kind ein schlechtes Gewissen dem Vater gegenüber und fürchtete eine Strafe von ihm. Ein Bild war dem jungen Mann lebhaft in Erinnerung geblieben: er liegt im Bett bei der Mutter, sein Vater kommt und erwürgt ihn. Die Erinnerung an dieses innere Geschehen war so lebhaft, daß der Kranke zwischen Traum und Wirklichkeit nicht zu unterscheiden vermochte.

Von den erwähnten direkten Deutungen sowie von den klassischen analytischen Deutungen unterscheiden sich die sog. „Übertragungsdeutungen“ im Sinne ROSENs dadurch, daß sie den Sinn eines Symptoms nicht direkt mitteilen, sondern hauptsächlich die Reaktion der symbolischen, wohlmeinenden Elternfigur auf das Symptom des kranken Kindes vertreten. Diese Reaktion soll aber nicht einen bloßen Affekt, Liebe, Mitleid, Zorn, sondern ein dem Symptom spezifisch angepaßtes Verhalten ausdrücken, weshalb wir auch von einer Deutung sprechen dürfen. Das Krankheitsphänomen soll in der Übertragungsdeutung durch die emotionelle Reaktion des Arztes einerseits stark mitmenschlich konstellierte und andererseits analytisch richtig beantwortet werden.

Beispiel einer Übertragungsdeutung: Ein Katatoner klagte mir in höchster Angst, daß man ihn hypnotisch dazu zwingen wolle, den Penis seines Verfolgers in den Mund zu nehmen und daran zu saugen. Er müsse einfach saugen. Er sehe immer den Penis vor sich. Zum Verständnis dieser Wahnidee und dieser Halluzination sei noch kurz erwähnt: Der Kranke hatte ursprünglich den Impuls verspürt, am Genitale seiner älteren Schwester zu saugen. Diese ältere Schwester hatte seit vielen Jahren die frühverstorbene Mutter vertreten und den erwachsenen Patienten wie ein kleines Kind bemuttert. Sie hatte z. B. dafür gesorgt, daß er abends früh ins Bett gehen konnte und hatte ihm das Essen ins Bett gebracht. Sie lebte in letzter Zeit zusammen mit diesem Bruder. Der Patient hatte andererseits gerade zu Beginn der Psychose die wahnhaftige Vorstellung gehabt, sich in einen starken Mann, in einen General, in einen Löwen zu verwandeln. Dann würde aber der Verfolger — nach seinem Ausdruck „der stärkere Löwe“ — auf ihn zukommen und ihn in Stücke zerreißen. Wir sahen nun in diesem psychotischen Bild das Streben des Säuglings nach der Mutterbrust, sein unersättliches Bedürfnis, die ganze Mutter für sich zu gewinnen, die Angst, in diesem säuglingshaften Verhalten die eigene Männlichkeit zu verlieren, das ängstliche Gefühl, als schwaches Kleinkind nicht mit dem starken Vater um die Mutter ringen zu können und von diesem Vater für die unersättlichen Ansprüche an die Mutter bestraft zu werden; wir sahen andererseits in der Homosexualität des Kranken sein verzweifeltes Streben nach einer Kompromißlösung — als ob er sagen würde: „Vater, verfolge mich nicht, ich will nicht mehr mit dir wetteifern, ich lasse dir die Mutter, ich hungere und friere, nur laß mich an deinem Penis saugen“; wir spürten schließlich das Unbefriedigende einer solchen homosexuellen Lösung, die den Kranken seiner Männlichkeit beraubte, ihn in eine Frau verwandelte und in höchste Angst versetzte; wir entschlossen uns dann für eine starke „Übertragungsdeutung“: „Du darfst von jetzt an an keinem Penis

saugen und von keinem anderen Nahrung bekommen außer von mir. Ich bin jetzt dein Vater“ und dann anschließend: „Aber ich will nicht, daß du zu einer Frau wirst. Du sollst mein Sohn sein, auf den ich stolz bin. Willst du eine Frau werden, so werde ich dich hassen und verstoßen und verfolgen. Bleibst du aber mein Sohn, ein Mann, so will ich dir die Mutter zurückgeben. Ich will dir so viel Nahrung geben, bis du dich satt getrunken und gesaugt hast.“ Der Kranke erfuhr also, daß er im Schutze des Vaters mütterliche Nahrung bekommen und seinen Penis behalten durfte. Der Kranke sagte mir mehrmals, ich sei ein Lügner. Aber er war erschüttert. Daraufhin löste sich die homosexuelle Panik rasch auf. Der Kranke träumte nachts, auf einem vom Sturm bedrohten Schiff zu fahren, der Arzt sitze aber ruhig am Steuer und bringe ihn in den Hafen. Nach der Heilung sagte er mir, er habe eigentlich immer gewußt, daß ich nicht sein Vater war, und doch sei diese Lüge keine Lüge gewesen. Von jetzt an glaube er an einen Vater im Himmel und könne beten.

Die Frage nach der Realität solcher Deutungen läßt sich befriedigend nicht auf Grund akademischer Diskussionen lösen, sondern im Lichte ihrer konkreten Wirkungsweise. Wir haben mehr als einmal gesehen, wie sich eine Halluzination, eine Wahnidee und sogar ein akutes psychotisches Zustandsbild nach einigen Stunden ununterbrochener direkter analytischer Therapie mitten im Gespräch auflöste, ja, wie sich im unmittelbaren Anschluß an eine Deutung ein gesundes Verhalten ankündigte. Ich kann sagen, davon mehr beeindruckt worden zu sein als von jeglicher schlagartig wirkenden Elektroschockkur. Allerdings sind solche raschen und entscheidenden Erfolge nicht häufig. Darauf nun zu sagen, daß bei diesen Fällen nicht eigentlich das Wort, die Deutung, sondern in der Hauptsache der daraus strahlende Affekt die Entscheidung gebracht habe, deckt meines Erachtens den ganzen Tatbestand nicht auf. Freilich wirken unsere Deutungen auf den Hintergrund einer menschlichen Haltung, welche vom Kranken schon atmosphärisch vernommen wird und dann im gesprochenen, deutenden Wort ihre endgültige Gestalt findet. Aber gerade diese letzte sprachliche Gestaltung emotionalen Verstehens erweist sich in unseren Erfahrungen oft als unentbehrliches Werkzeug psychotherapeutischen Heilens. Seit Tagen, Wochen war der Arzt beim Kranken, und doch scheint alles umsonst, bis sich schließlich in einem entscheidenden Moment alles in einem deutenden Wort zusammenballt, das dann wirkt. Die Kranken erinnern sich später oft gut an solche Wendepunkte der Psychose. Man darf Deutungen, die so evident den Krankheitsverlauf verändern, einen Wahrheitsgehalt nicht absprechen, auch wenn sie theoretisch nur einen Gesichtspunkt unter anderen möglichen darstellen; auch wenn das Kriterium der Einsicht fehlt. Man darf nicht vergessen, daß Deutungen einen ganz anderen, dürftigeren Sinn bekommen, wenn man sie aus den Erlebniszusammenhängen der hauptsächlich zuständlich erlebten psychotherapeutischen Situation herauslöst und zum objektiven Gegenstand wissenschaftlicher Kritik macht. Das Kriterium der Einsicht aber, das aus dem Erfahrungskreis der klassischen Psychoanalyse stammt, gilt hier nicht im gleichen Sinne. Ich habe den Eindruck, daß Schizophrene Deutungen oft verstehen, ohne sich dessen je bewußt zu werden. Sie horchen erstaunt auf, sie wissen nachher nicht mehr zu sagen, was sie erfahren haben, aber sie verhalten sich so, als ob der Sinn jener Deutung in ihr Leben eingegangen sei. In ihrem Dämmerzustand hatte eine Hebephrene nur 2 Worte gesagt: „Nature morte“

und „ich bin trocken zum Verbrennen“. Ich erwiderte: „Wie kann ein Kleinkind anders als trocken zum Verbrennen sein, wenn die Mutterbrust tot ist? wenn die Mutter nie liebte?“ Diese Deutung wiederholte ich in verschiedenen Zusammenhängen und Variationen, bis sich nach 2 Std intensiver Therapie der Dämmerzustand auflöste. Die Patientin sagte mir später, in jener Stunde sei die Entscheidung gefallen, sie glaubte, damals Gott vor sich gehabt zu haben. Nie konnte sie jedoch, auch nicht nach vollkommener

Heilung, eine durchschlagende Einsicht in Worten ausdrücken; aber in ihren Einfällen, ihren Träumen, in den Erzeugnissen ihrer Modellierkunst zeigte sie mir eindrucksvoll, den Sinn meines Deutens aufgenommen und verarbeitet zu haben.

Das direkte Austragen des emotionalen Konfliktes in der aktiv geführten Übertragungssituation und das analytische Deuten bilden die 2 Kardinalbegriffe unserer Therapie, die wir deshalb mit FEDERN und ROSEN *direkte Analyse* nennen.

Über die Grundlagen des Masochismus*.

Von HORST-EBERHARD RICHTER, Berlin.

„Eine Anknüpfung an uralte, auf die Geschlechterkämpfe zurückgehende Triebreite“ vermutete KRAEPELIN als Grundlage der masochistischen Perversion. Daß die masochistische Perversion biologisch und konstitutionell zu begründen sei, hob auch FREUD 1924 hervor. Er nahm jedenfalls an, die Auslösung sexueller Erregung durch körperliche Schmerzempfindungen beruhe auf einem „infantilen physiologischen Mechanismus“, der im Laufe der Entwicklung normalerweise versiege. Dieser Mechanismus könne indessen unter besonderen Umständen „psychisch überbaut“ werden, und erst dadurch werde der Weg für die masochistische Perversion frei.

In der Tat hatte schon KRAFFT-EBING erkannt, daß masochistische Perverse in der Regel nicht nur eine Koppelung der sexuellen Erregbarkeit an *körperliche* Schmerzempfindungen darbieten, sondern daß sie ebensowohl ein intensives Verlangen nach *psychischen* Schmerzen zeigen. Und zwar bezieht sich diese psychische Einstellung — wie FREUD, ALEXANDER, REICH u. a. erkannten — nicht nur auf den speziellen Sexualpartner, von dem der Masochist herrisch und demütigend behandelt zu werden begehrt, sondern die meisten Masochisten sind bis in den Kern ihres Charakters hinein durch eine allgemeine Tendenz bestimmt, bereitwillig Mißerfolge zu akzeptieren und vielerlei Erniedrigungen zu erleiden. Diese anormale Lebenseinstellung wurde von FREUD „moralischer Masochismus“, von REICH „masochistischer Charakter“ genannt.

Es ergibt sich nun das Problem: In welchem Verhältnis steht der „masochistische Charakter“ zu der sexuellen Perversion? JASPERS formulierte hinsichtlich der Perversionen ganz allgemein die Frage: „Ist ein partikular Gegebenes an anormaler Triebveranlagung Ursprung einer Charakterverwandlung, oder ist ein abnormer Charakter die Bedingung der Möglichkeit solcher abnormer Triebverwirklichungen?“ Man könnte natürlich auch annehmen, es bestehe gar keine kausale Dependenz zwischen Charakteranomalie und abnormer Triebkonstitution. Es seien eben beide Abartigkeiten, die charakterliche sowohl als die sexuelle, von vornherein konstitutionell determiniert, und im Laufe der psychischen Entwicklung finde allenfalls eine wechselseitige Fixierung und Verstärkung statt.

Um hier spekulative Lösungen zu vermeiden, die — wie AIGNER hervorhebt — zu diesem Thema reichlich vorliegen, sind ausführliche biographische Untersuchungen einzelner Fälle wichtig. Der nachstehende

Fall eines masochistischen Mannes, der bei mir eine erfolgreich abgeschlossene psychoanalytische Behandlung von 169 Std erfahren hat, scheint mir für die Beurteilung der Problematik aufschlußreiche Anhaltspunkte zu liefern.

Der 25jährige Schauspieler M. kam in Behandlung, weil er sich außerstande fühlte — wie er sich ausdrückte —, so wie bisher weiterzuleben. Es gehe bei ihm alles schief. Indessen wisse er auch genau, daß irgend etwas in ihm wolle, daß er nicht aus dem „Sumpf“ herauskomme, in dem er stecke.

Beruflich sei er ohne jede Initiative. Er sei in seiner Arbeit nachlässig. Er fühle auch in seiner Tätigkeit keine rechte Befriedigung. Nur könne er nicht den Entschluß aufbringen, auf etwas anderes umzulernen. Er liege in seiner Freizeit gewöhnlich zu Hause im Bett, unfähig, sich zu irgend etwas aufzuraffen. Außer einem Bekannten, einem Homosexuellen, habe er zur Zeit keinerlei Freunde.

Er war 2 Jahre vor Behandlungsbeginn 1 Jahr verheiratet. Da er jedoch seit jeher impotent war und seine (3 Jahre jüngere) Frau nicht deflorieren konnte, wurde die Ehe getrennt.

Masochistische Gefühle und Wünsche waren bei ihm erstmalig mit etwa 6, 7 Jahren aufgetaucht. Wenn er mit ansah, daß der Lehrer auf der Volksschule Mitschüler schlug, geriet er mehrfach in sexuelle Erregung. Mit 8 Jahren inszenierte er mit seiner einzigen, 3 Jahre jüngeren Schwester folgendes Spiel: Sie zogen sich beide die Hosen aus. Und dann schlug einer dem anderen aufs Gesäß. Beim Geschlagenwerden erlebte er wiederum sexuelle Lustgefühle. Mit 10 Jahren wiederholte er das Schlagspiel mit einem gleichaltrigen Jungen. Ob er bei Bestrafung durch die Eltern gleichfalls sexuell erregt worden war, vermochte er sich nicht zu entsinnen. Später, mit 17 Jahren, kehrten masochistische Phantasien wieder. Er hatte auch vereinzelt masochistische Akte mit Prostituierten realisiert, jedoch hielt er diese Tendenzen, so weit möglich, zurück, weil er sich dabei außerordentlich genierte.

An den Tagen der Gagenauszahlung brach in ihm jeweils eine angstvolle Unruhe aus. Sobald er das Geld in der Tasche hatte, trieb es ihn von Lokal zu Lokal. Er mußte jeweils den größten Teil der Gage vertrinken oder sonstwie verschleudern. Dabei war ihm das Trinken angeblich nicht so wichtig wie das Hinauswerfen des Geldes an sich. Er spielte auch gern in dieser Verfassung. Während der Zechtours suchte er häufig Prostituierte auf. Meist ließ er sich von den Mädchen, die er stets vorher bezahlen mußte, manuell befriedigen. Obwohl ihm ein masochistischer Akt lieber gewesen wäre, getraute er sich zumeist nicht, dieses Ansinnen an die Prostituierten zu stellen.

Finanziell ging es ihm schlecht. Da er den Hauptteil seines Verdienstes regelmäßig verschleuderte, steckte er in Schulden. Sobald er Schulden zurückzahlte — was ihn innerlich nicht erleichterte, sondern meist hinterher nur ärgerte — war er darauf bedacht, die jeweils gefährlichsten Gläubiger nicht oder immer als letzte zu befriedigen. Mehrfach war er deshalb schon dicht daran gewesen, sein Engagement zu verlieren. — Nicht selten kam es schließlich vor, daß er seinem Vater — Leiter eines größeren Unternehmens — Geldbeträge entwendete. Diese Diebstähle erlebte er als einen inneren Zwang — übrigens hatte er außer dem Vater niemand anders bestohlen. Bei Besuchen nahm er mitunter Beträge bis zu 50.—, 100.— DM

* Nach einem Vortrag, gehalten vor der „Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung“ in Berlin, Februar 1953.