

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. Volume 10, 1924

"Über Genitalität vom Standpunkt
der psychoanalytischen Prognose und
Therapie". von Dr. Wilhelm Reich
pp. 164 - 179.

Kritiken und Referate:

Wilhelm Reich: "Zur Triebenergetik"
Autoreferat (by W.R.) p. 200

Kritiken und Referate

JHS Strömme: "Zum Behandlungsmodus
des Sado-Masochismus", by Dr. W. Reich
p. 478

Alfred Adler: "Praxis und Theorie der
Individualpsychologie", by Dr. W. Reich
p. 479

Über Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie

Von Dr. Wilhelm Reich (Wien)

Die Theorie der psychoanalytischen Therapie ist aufs innigste mit der praktischen Erfahrung verknüpft und durchaus abhängig von der Einsichtnahme in die früheste Libidoentwicklungsperiode. Sie ist heute noch in keinem Sinne abgeschlossen, intensive Arbeit am Gewinnen einer klaren Vorstellung von den Mechanismen der analytischen Heilung ist wohl am Platze. Folgende Ausführungen mögen als kleiner Beitrag zur Lösung einer Detailfrage betrachtet werden. Wir werden uns nur mit der Stellung der Genitalität in der Prognose und Therapie der Übertragungsneurosen beschäftigen und glauben damit, eine nicht unwichtige Frage in den Vordergrund zu rücken: die Tatsache, daß sich unter meinen achtundzwanzig Fällen männlicher und vierzehn Fällen weiblicher Neurosen kein einziger findet, der nicht auch Impotenz oder Frigidität, bzw. Abstinenz aufgewiesen hätte, ist auffallend genug. Eine Umfrage unter mehreren Analytikern ergab einen ähnlichen Befund.

I

Wesentliche Haftpunkte einer umfassenden Vorstellung von den Mechanismen der analytischen Therapie hat Freud selbst der Theorie geschenkt. Wir wollen kurz rekapitulieren: Wir kennen 1. das Abreagieren in der Kur durch „Agieren“ oder Erinnern eines verdrängten Affektes oder einer verdrängten Vorstellung als einen der wirksamsten therapeutischen Abläufe, 2. das bedeutsame Ferment, die Übertragung, die, selbst kein heilender Faktor, die Lösung innerer Konflikte heilsam gestaltet, 3. die Rolle der „Überzeugung“, die den Patienten auf dem Wege innerer Zustimmung zur Verurteilung der bewußt gewordenen Wünsche, Einstellungen und Triebe bringt.

Das sind Prozesse, die je nach dem Fall verschieden stark ineinander greifen und schließlich dem Patienten zu jenem Schritt vom Lustprinzip zum Realitätsprinzip verhelfen, den er in der Kindheit nicht machen konnte.

Wir tun sofort einen Schritt weiter in die Problematik der analytischen Therapie, wenn wir hervorheben, daß alle diese Prozesse Agieren, Übertragung usw., bloß Vorgänge an im Grunde biologisch-psychologischem

Material sind, das im Patienten selbst vorhanden ist und dem der Analytiker nichts hinzufügen und nichts wegnehmen kann. Dieses Material ist repräsentiert durch das, was wir Triebe nennen, und die Analyse bedeutet bloß eine Umstellung der Triebe, eigentlich eine „Synthese“ (Freud)¹ indem hier Fixierungen gelockert werden, dort einer schwachen Tendenz zur vollen Entfaltung verholfen wird usw.

Die tiefgehende Analyse der schweren Neurose bedeutet somit im Grunde einen biologischen Prozeß, bei dem mit biologisch gegebenen Faktoren im Patienten zu rechnen ist.

Der Hervorhebung, daß obige Heilungsprozesse nur Vorgänge am Triebmaterial sind, fügt sich die bisher noch wenig studierte Tatsache an, daß es 1. eine Besserung auch schwerer Neurosen bei unvollkommenem Ablauf jener Prozesse gibt, 2. auch bei weitgehender Aufdeckung des Unbewußten, trotz relativ vorhandener Überzeugung und Verurteilung, trotz Übertragung Symptome hartnäckig persistieren können.

Das Problem des Refraktärbleibens einer Neurose gegen die analytische Behandlung erfordert das größte Interesse des Analytikers, sowohl in theoretischer als auch praktischer Hinsicht. Ich halte die Ansicht, daß bei refraktären Neurosen eben noch nicht alles aufgedeckt sei, für nicht allgemein zutreffend angesichts der Tatsache, daß Symptome ohne vollkommene Aufdeckung schwinden können. Der Heilungsprozeß zerfällt in zwei Abschnitte: 1. Bewußtmachen des Verdrängten, 2. Konflikt der bewußt gewordenen Triebe, Einstellungen, Wünsche auf gemeinsamem Boden. Bei 1. kann der Analytiker alles leisten, „gewiß auch viel verderben“ (Freud), bei 2. hat er mit Gegebenem zu rechnen.²

Wohl kennen wir die Schwierigkeiten bei der Analyse des masochistisch-femininen (Freud),³ jene beim narzißtischen Patienten (Freud, Abraham),⁴ die relativ schlechte Prognose bei Behandlung der Perversionen (Freud); sie sind aber nicht prinzipieller Natur. Auch masochistisch-feminine, narzißtische und perverse Patienten können zu weitgehender Besserung, ja Heilung gelangen.

Wenn wir uns im Folgenden mit der Bedeutung der Genitalität für die Therapie der Neurosen befassen, so berücksichtigen wir die bekannten, oben erwähnten Prozesse am biologisch-psychologischen Triebmaterial nicht, sondern versuchen in diesem selbst nach Bedingungen der Heilung auszuschauen. Es ist nützlich vorzuschicken, daß wir uns für Abschnitt III. (zur Frage der refraktären Neurose) an einem vorliegenden Krankenmaterial von neun Fällen männlicher Neurosen orientieren, die tiefere Analysen durchmachten, das heißt eine Aufhellung zumindest der Ödipusperiode erfuhren und entweder dauernd oder lange Zeit refraktär blieben, darunter sind zwei Zwangsneurosen, drei Hysterien (mit zwangsneurotischen Zügen), zwei Erythrophobien, ein Stotterer, ein psychosexueller Hermaphrodit. Alle hatten gleichzeitig leichtere oder

¹ Wege der psychoanalytischen Therapie.

² Freud: Über einen Fall weiblicher Homosexualität, diese Zeitschrift 1920.

³ Freud: „Ein Kind wird geschlagen“, Vorlesungen usw., Fall weiblicher Homosexualität.

⁴ Abraham: „Über eine besondere Form neurotischen Widerstandes“ usw.

schwerere Potenzstörungen. Drei von den Fällen können gleichzeitig als neurotische Charaktere angesprochen werden. Sieben davon sind seit längerer Zeit entlassen und wurden von Zeit zu Zeit zur Kontrolle ihres Zustandes eingeladen. Die komplizierteren genitalen Verhältnisse beim Weibe konnten leider nicht genau studiert werden, da das in Frage kommende Material zu klein ist, um einige Sicherheit zu geben. Insofern werden unsere Ausführungen eine Lücke aufweisen, die aber leicht von anderer Seite ausgefüllt werden könnte.

II

Zunächst zur Frage, wie weitgehende Besserung oder Erreichung von Symptomfreiheit ohne weitgehendste Aufdeckung des Unbewußten möglich ist.

Fall 1. Ein junger Akademiker, wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Gedankenflucht, Migräne, Schwindel, Grübelsucht und Impotenzangst elf Monate in analytischer Behandlung. Nach achtmonatiger Analyse ist die Ödipuseinstellung soweit gelöst, daß der Patient seinen ersten Koitus mit Erfolg unternimmt. Am nächsten Tage totaler Schwund der (schon zwei Monate vorher gebesserten) Arbeitsstörung und der Migräne, einzelne kleinere Symptome persistieren. Nach weiteren zwölf Wochen Analyse, die ausgefüllt waren mit Kämpfen um die Lösung vom Arzt (auf jede Bemerkung, die Kur werde bald zu Ende sein, reagierte Patient mit Rezidive), wird Patient entlassen und tritt einen Posten als Buchhalter an, den er seither durch zweieinhalb Jahre tadellos ausfüllt. Potenz beim Akt vorhanden, Unfähigkeit zur Konzentration ist geschwunden, wohl aber besteht noch eine relativ arge Zerfahrenheit beim Sprechen über Gefühlsangelegenheiten. Patient hat in der Kindheit eine längere Masturbationsperiode mitgemacht, regredierte nach Verdrängung aufs Anale und belebte es wieder in Form von Grübelzwang über Geburtsvorgänge. Die spätere Grübel- und Zweifelsucht bezog sich manifest auf metaphysische Probleme. Nach Behebung der Verdrängung der genitalen Erotik und Bewußtmachen des Inzestwunsches gelingt der Akt, die anale Regressionsstufe wurde nur unvollkommen, die orale Libidoposition fast gar nicht besprochen.

Es handelt sich um eine durchaus unvollständige Analyse mit dem Erfolg, daß die in sozialer Hinsicht störendsten Symptome vollkommen schwanden, neurasthenische Züge aber zum Teil persistierten. Die Wirkung der freigemachten genitalen Libido stellte sich prompt ein.

Fall 2. Zweieinddreißigjähriger, beiderseits aktiver psychosexueller Hermaphrodit, beim Weibe impotent, seit seinem achten Lebensjahre an exzessiver genitaler Zwangsonanie leidend, ist zwölf Monate in Analyse, die wegen seines enormen Narzißmus am Anfang eine fragliche Prognose gab. Es gelingt auch nur durch aktives Eingreifen, ihn zur Preisgabe seiner unbewußten Onaniephantasien und damit zum Aufgeben der seit jeher exzessiv betriebenen Masturbation zu bringen. Darauf gelingt der Akt beim Weibe in jeder Beziehung, doch äußere ich unvorsichtigerweise meine Befriedigung über den Erfolg. Das Resultat ist, daß Patient von der Analyse weg stracks zu einer Dirne geht und wieder vollkommen impotent ist. Sein Narzißmus hatte

mir den Erfolg nicht gegönnt. Nach den Ferien berichtet er mir, zweimal in einer Badeanstalt gewesen zu sein, wo homosexuelle Männer verkehren, er habe auch einen Akt versucht, die Befriedigung sei aber ausgeblieben. Er habe sich, meint er wie zur Entschuldigung, nur überzeugen wollen, ob er noch homosexueller Akte fähig sei. Diese interessante, durch die Analyse ermöglichte Art, sich bewußt entscheiden zu wollen, ließ mich Bestes hoffen und ich riet, ohne Analyse abzuwarten. Nach drei Monaten Zustand wie vor der Kur. Ich bitte ihn, nach sechs Monaten wieder zu kommen. Diesmal überfließt er förmlich vor Dank: vor einigen Monaten ist er ein Verhältnis mit einem Mädchen eingegangen, das ihn voll befriedigt, seine Potenz ist ausgezeichnet, homosexuelle Gedanken und Phantasien hat er überhaupt nicht mehr, er will das Mädchen heiraten. Nach weiteren fünf Monaten ist der Zustand anhaltend gut.

Auch in diesem Falle hatte ich die Gewißheit, daß wesentliche Momente unaufgedeckt geblieben waren, so der Zeitpunkt seines Lebens, an dem er sich vor der Mutter abwandte, seine analen Phantasien, seine Stellung zwischen Vater und Mutter u. a. m. Nur seine infantile Onanieperiode (ung. 5. L. J.) samt Inzestphantasien gelangte zu gründlicher Aussprache. Den Vater hatte er bis zur Analyse nicht gekannt, er war ein uneheliches Kind (Sehnsucht nach dem Vater: Homosexualität). In der Kur entschloß er sich, seinen in der Provinz lebenden Vater aufzusuchen und feierte gleichsam Versöhnung in Form einer weitgehenden Aussprache.

Der Fall ist praktisch symptomfrei, theoretisch in wesentlichen Punkten unaufgeklärt, der kausale therapeutische Eingriff hatte nur eine, wenn auch wesentliche Wurzel, die Zwangsonanie samt genitalen Phantasien zur Lösung gebracht.¹

Auch dieser Patient hatte, wie ja seine so früh eingesetzte genitale Zwangsonanie beweist, ein Stadium genitaler Libidobindung an seine Mutter mitgemacht.

Fall 3. Ein sechsundzwanzigjähriger, junger Mann wegen Impotenz und Gefühlskälte der Frau gegenüber vier Monate in Analyse. Patient ist von einer torpiden Schwerfälligkeit. Übertragung in der Analyse gleich Null. Er ist, was man aus vielen Anzeichen sehen konnte, stark anal und feminin, vertritt im Hause die verstorbene Mutter, führt die Wirtschaft usw. Er erhält Aufklärung darüber sowie über seine verstellte genitale Masturbation. Gibt anfangs an, nie genital onaniert zu haben, eine Auskunft, die, wenn auf Wahrheit beruhend, ein schlimmes Vorzeichen bei Impotenz ist. Wir erfahren dann, daß er fast ununterbrochen, sogar bis zu einer orgasmus-ähnlichen Sensation am Genitale herumarbeitet. Er ist gerade auf dem Wege, infantiles Material zutage zu fördern, gerät in heftigen Widerstand, nimmt Urlaub und verständigt nach vier Wochen den Analytiker von der erfolgten „Heilung“, die, soviel bekannt, anhält.

Auch hier starke Fixierung an die Mutter durch Identifizierung. Patient hatte viele Züge unbewußter Homosexualität an sich und gehörte sicher zu

¹ Patient hatte eben manche dieser Fragen kombinatorisch gelöst, ohne die realen Erlebnisse erinnert zu haben.

² Fall 2 in „Über Spezifität der Onanierformen“ Intern. Zeitschr. f. Psa. 1922.

den schwereren Fällen, die sich durch eine passive, feminine Konstellation auszeichnen. Trotzdem so rasche „Heilung“!

Solche Fälle ließen sich in großer Zahl anführen. Wir lassen es an den drei bewenden. Wie stand es um deren Genitalität?

Der erste hatte sie wohl verdrängt, trotzdem hatte er in der Pubertätszeit eine kurze Zeit genital masturbiert. Der zweite war exzessiver genitaler Masturbant, die Inzestphantasien waren verdrängt. Der dritte hatte, zwar versteilt, aber doch seit der Kindheit genital masturbiert.

Die günstige Lösung der Fälle trotz unzureichender Analyse spricht für die Möglichkeit einer Lockerung der übrigen, ursprünglich fixierten Libidopositionen, im Unbewußten ohne bewußte Verarbeitung. Es ist, als hätte sich der durch die Analyse frei gewordene Teil der verankerten Libido in der Realität festgesetzt und durch die Herbeischaffung realer Befriedigung die auf Seitenwegen ablaufende Befriedigung der noch verdrängten Libidoanteile paralyisiert. Es kommt nur darauf an, daß die freigewordene stark, die restliche verdrängte, schwach genug ist, um die Paralisierung zu ermöglichen. Kein Partialtrieb eignet sich aber derart zur Heftung an die Außenwelt wie der genitale. Ist die restliche verdrängte Libido zu stark (Näheres später) oder bringt es der Gang der Analyse mit sich, daß zum Beispiel anale vor genitalen Positionen zur Lösung kommen, so ist ein Ausgang in Symptombfreiheit¹ bei unvollkommener Analyse unwahrscheinlich, weil nur die genitale Libido sich einiger Duldung in der verdrängungsschwangeren Realität erfreut. In solchen Fällen resultiert das bekannte Gehaltenwerden eines oder mehrerer Symptome trotz ihrer Aufklärung (wie es Freud in einer mündlichen Diskussionsbemerkung ausgeführt hat).

Von dem Weg, den die Analyse automatisch einschlägt, hängt dann im wesentlichen das Resultat ab. Patienten, die einer bisher unwürdigen Eigenheit zufolge (oft erst nach längerem Widerstande), sich an der Analyse eines Symptomes festbeißen, sich hauptsächlich mit der Bearbeitung eines bestimmten, wichtigen Libidoanteiles beschäftigen, gelangen, wenn dieser genitaler Natur ist, auf dem Wege der unbewußten Lockerung im Gefüge der Neurose und durch Paralisierung zur Symptombfreiheit² und verhindern dadurch die vollständige analytische Einsicht in die Struktur der Neurose. Andere wieder, die von Widerständen gejagt, von Thema zu Thema, von

1 Die lange Dauer der Analyse sowie die Art der Gesundung bei Fall 1 und 2 lassen die Möglichkeit eines suggestiven Erfolges ausschließen. In Fall 3 war es der Widerstand gegen die weitere Analyse, der die Lösung beschleunigte.

2 Wir ziehen es vor, auch bei vollkommenem Symptomschwund nach unvollständiger Analyse nur von Symptombfreiheit, nicht von Heilung zu sprechen, weil der psychoanalytische Begriff der Heilung notwendigerweise ein viel strengerer ist als der sonst übliche. Man dürfte in der Analyse von Heilung nur sprechen, wenn der Patient in subjektiver und sozialer Beziehung wieder hergestellt, unfähig zur Rezidivierung ist (Federn) und der Fall die weitgehendste Lösung sämtlicher Libidoanteile erfahren hat.

3 Wenn nicht ein allzustarkes Schuldgefühl wegen genital-inzestuöser Wünsche die Oberhand gewinnen und auf weitere Analyse fordert.

Libidoanteil zu Libidoanteil fliehen, jedesmal nur Bruchstücke der Lösung dieses und jenes Symptomes liefern, gewähren mit der Zeit bessere Einsicht und gelangen entweder zur Besserung oder zur kompletten analytischen Heilung.³

Daß auch in der analytischen Therapie weiblicher Neurosen dem Freimachen genitaler Libido die größte Bedeutung zukommt, läßt sich aus der Erfahrung jedesmal bestätigen. Wenn auch der Analytiker in Bezug auf die Sexualität des Weibes mit einer Welt von Vorurteilen, Unverständnis und Unaufrichtigkeit zu kämpfen hat — er muß auf seinem erfahrungsgemäß gewonnenen Standpunkt beharren, daß beim Weibe dem Geschlecht entsprechend geänderte, aber im Prinzip dieselben Mechanismen wirksam sind wie beim Manne. Die Verdrängung der Onaniegelüste ist beim Weibe im Durchschnitt bedeutend intensiver, durch die meist vorhandene Verschiebung der genitalen Erotik von Vagina auf Klitoris, sowie durch Männlichkeitswünsche auch komplizierter; die Lösung der Inzestphantasien sowie die Befreiung vom Schuldgefühl führt häufig zur Onanie, die allemal befreiend wirkt. (Die Patientin muß aus eigenen Stücken zur Onanie kommen.) Bei verheirateten Frauen wird der Weg zur genitalen Befriedigung über die Onanie unnötig, wenn der Gatte potent ist. Auch beim Manne stößt man, insbesondere bei der Therapie schwerer Impotenz, auf nicht zu unterschätzende konventionelle Schranken, wenn die Onanie durch eine heterosexuelle Bindung und Geschlechtsverkehr ersetzt werden soll. Sie kommen aber kaum in Betracht im Vergleich mit den entsprechenden Schwierigkeiten beim unverheirateten Weibe, insbesondere beim Mädchen aus verdrängungsschwangerem Milieu. Eine zwangsneurotische Patientin, die nicht nur wegen konventioneller Rücksichten, sondern auch wegen zwangsmäßiger Ablehnung des Mannes sich des Geschlechtsverkehrs enthalten hatte, erlaubte sich die Onanie auch nach beendeter Analyse nicht, die zu einer weitgehenden Remission führte. Sie gesundete einige Zeit später vollkommen, als sie eine Heirat einging und zu genitaler Befriedigung gelangte. Ein anderes Mädchen aus einem Milieu mit freieren Ansichten über Sexualität, das die Analyse angeblich wegen ihrer Enuresis, in Wirklichkeit deshalb aufgesucht hatte, weil sie an einem Manne, der von ihr nichts wissen wollte, nach einmaligem Geschlechtsverkehr fixiert geblieben war, gesundete auch von anderen neurotischen Einstellungen, als sie bald darauf ein Verhältnis mit einem Manne einging, das sie voll befriedigte. Ein anderes Mädchen, das bei mehreren Verhältnissen total frigid geblieben war, gesundete nach der Analyse auch in Bezug auf ihr Minderwertigkeitsgefühl und einige Zwangssymptome. In beiden Fällen hatte die Analyse nur die Auflösung der inzestuösen Bindung an den Vater geleistet. Es entspräche natürlich nicht den Tatsachen, wollte man behaupten, daß das befriedigende sexuelle Erlebnis sie geheilt habe. Sie mußten ja erst durch die analytische Befreiung

³ Es mag kein Zufall sein und stimmt zu unserer Auffassung von der Einwirkung der Partialtriebe auf den Verlauf der Kur, daß die sich an die Analyse eines bestimmten Themas verbeißenden Patienten einen mehr aktiven, parzitierten und exhibitionistischen Triebhintergrund aufweisen, als wie wenn sie sagen wollten: „Schau, was ich kann,“ während die Fliehenden, Unsteten gewöhnlich passive, anale Charaktere sind, die nach bekanntem Muster das Hergeben des Unbewußten als Hergeben von Geschenken oder als Kastration auffassen.

von ihren neurotischen Reaktionsweisen erlebnisfähig gemacht werden. Man hört oft davon, daß Nervenärzte jungen Hysterikerinnen die Heirat anempfehlen. Bei leichten aktualneurotischen Störungen, bei leichten Angstzuständen mag ja eine Heirat manchmal helfen. Keinesfalls aber dort, wo starke Verdrängungen, insbesondere solche der genitalen Libido vorliegen. Hier kann die Heirat nur Unheil stiften. Ebenso verhält es sich mit dem Räte, den Nervenärzte oft abstinenter männlichen Neurotikern geben, ein Verhältnis zu beginnen. Der so rät, übersieht aus Unkenntnis die Tatsache, daß zum Beispiel dem Erythrophoben seine Genitalität gar nicht zur Verfügung steht, weil sie verdrängt und aufs Gesicht verschoben ist.

Zu der in der Analyse begonnenen oder fortgesetzten Onanie ist zu sagen, daß die Gefahr einer Fixierung an diesen Befriedigungsmodus nur dann besteht, wenn die Onanie die Abfuhr der Libido an sich reißt und von Schuldgefühlen begleitet ist, deren Auflösung oft die größten Schwierigkeiten bereitet. Hingegen ist nur kein Fall bekannt, bei dem nach Auflösung der Phantasien und des Schuldgefühles, die während der Analyse geübte Onanie den Zugang zur genitalen Vereinigung mit dem Partner erschwert hätte.

Folgendes Beispiel (Fall 4) einer fünfundvierzigjährigen klimakterischen Virgo, die seit frühester Kindheit an schweren Angstzuständen, seit ihrem zweiundzwanzigsten Lebensjahre an einem schweren hysteriformen, expiratorischen Tic leidet, beleuchtet die Bedeutung der genitalen Libido auch für die Beeinflussung der Neurosen im höheren Alter. Patientin ist aus Hemmung befriedigt, indem sie charakteristischerweise, so oft jemand aus der Verwandtschaft heiratete, Röhrchen in die Scheide einführte. Sie verbot es sich sofort und der Tic verstärkte sich für längere Zeit. Es war ein Symptom verdrängter Onanie- (und Fellatio-)gelüste (F e r n e z i). Erstere kam zur Aussprache. Patientin konnte leider wegen Schwerhörigkeit, die sie überdies hysterisch ausnützte und übertrieb, keiner regelrechten Analyse unterzogen werden. Einige kathartische, hypnotische Sitzungen am Anfang und eine monatelange Aussprache brachten doch einiges Licht in die Neurose. Als sie ihre Onaniegelüste und -versuche erinnert und sich mit ihnen abgefunden hatte, flaute das Ticsymptom fast vollständig ab, sie pflegte dann von Zeit zu Zeit zu onanieren, was ihr Erleichterung brachte. Aber nicht immer, weil sie unter einem großen Schuldgefühl der Mutter gegenüber litt, die ihr, als sie fünf Jahre zählte, die Onanie verboten hatte. Das Schuldgefühl hätte natürlich nur durch Analyse behoben werden können. Jedenfalls hat die zum Teil wiedergewonnene genitale Freiheit einige anhaltende Besserung gebracht, die allerdings gegen die übrigen Symptome (Zwangs- und Angstzustände) kaum ins Gewicht fällt.

Bei periodisch Depressiven kommt es häufig vor, daß während der depressiven Phase beim sonst vollkommen potenten Manne eine leichtere oder schwerere Potenzstörung, bei der Frau vaginale Anästhesie eintritt, die mit der Depression zu verschwinden pflegen. Wir dürfen die Schwankungen der genitalen Bereitschaft als den Ausdruck der affektiven Schwankungen der gesamten Persönlichkeit auffassen.

In Fällen, wo eine relativ intakte, unverdrängte genitale Streben in den Dienst einer neurotisch perversen Tendenz getreten ist, hat man mit dem ungleichen Vorsprung zu kämpfen, den die betreffende perverse Tendenz

dadurch erlangt hat, daß sie sich der genitalen Libido bemächtigte: ein siebenunddreißigjähriger zwangsneurotischer Grübler und Zweifler (Fall 5), der an leichter ejaculatio praecox leidet, den Koitus mit Dirnen unter Zuhilfenahme verschiedener perverser Praktiken doch immer durchführen konnte, hatte sechs Monate vor Beginn der Analyse geheiratet und blieb vom ersten Versuch an bei der Frau impotent. Die Analyse ergibt folgendes: Seit seiner Kindheit steht Patient in einem für ihn ungünstigen Rivalitätsverhältnis zu einem um mehrere Jahre jüngeren Bruder. Patient hat um sein fünfundzwanzigstes Lebensjahr drei Verlobungen gelöst, weil er seine Befriedigungsmöglichkeiten an Dirnen nicht aufgeben wollte. Im Hintergrunde wirkte eine starke Bindung an die Mutter, die sogar nicht völlig unbewußt war. Im Auslande weilend, erfährt Patient von der Heirat seines jüngeren Bruders, es leidet ihn nicht mehr im Auslande, er fährt nach Hause und heiratet wenige Wochen später das erste Mädchen, das ihm angetragen wird. In diesem Falle konnte sich die Analyse eines Erfolges nicht rühmen, obwohl der Akt mit der Gattin schließlich doch gelang. Im Innern sehnte sich Patient nach perversen Befriedigungen und Koitus mit Dirnen. Die Analyse schritt nicht fort, weil das einzige Motiv, das die Arbeit hätte fördern können, nämlich der Wunsch, bei der Gattin zu bleiben, in jedem Sinne zu schwach, die Anziehungskraft der perversen Tendenzen aber zu stark war. Um zehn Jahre jünger, hätte er dem Drucke der Analyse vielleicht nachgegeben. Er verließ seine Frau bald nach Abbruch der Kur. Es bleibe dahingestellt, ob der Entschluß des Zweiflers, des entschlußunfähigen, ambivalenten Neurotikers, dem qualvollen Zusammenleben mit seiner Frau ein Ende zu machen, nicht als Erfolg angesehen werden kann. Beinahe wäre die bisher gesunde Frau seinem Leiden zum Opfer gefallen, indem sich bei ihr Anzeichen einer beginnenden Hysterie zeigten.

III

Zur Frage der refraktären Neurose

In den meisten der bisher erwähnten Fälle handelte es sich teils um leichtere, teils um schwerere Affektionen, die später zu einer infantilen, neurotischen Disposition hinzutreten waren. Bei allen war die genital-libidinöse Streben mehr oder weniger stark ausgeprägt, teils unverdrängt, aber inzestuös gebunden und genital-masturbatorisch tätig (z. B. Fall 2); zum größeren Teile, besonders bei den Frauen, unterlag die genitale Libido einer starken Verdrängung und hatte hysteriforme oder zwangsneurotische Verschiebungen und Ersetzungen erfahren. War bei den Fällen mit unverdrängter Genitallibido die therapeutische Hauptarbeit mit Auflösung der inzestuösen Fixierung geleistet, so galt es bei den anderen den Verschiebungs- und Regressionsprozeß rückgängig zu machen. Immer aber konnte man auf eine Genitalität bauen, die, aus dem Dornröschenschlaf geweckt, ihre normale Funktion wieder aufnehmen konnte. Folgende zwei Fälle repräsentieren alte Neurosen im Sinne A b r a h a m s, bei welchen die Analyse auf eine, wenn auch verdrängte, funktionstüchtige Genitalität nicht von vornherein bauen konnte. Ihre Gegenüberstellung soll den Gesichtspunkt illustrieren, daß bei der Prognose alter, seit frühester Kindheit bestehender Neurosen die Fragen

entscheidend sein können: 1) Ob eine entsprechende Schädigung vor oder nach der genitalen Phase in der Kindheit vorfiel; 2) ob diese Schädigung imstande war, die Entfaltung genital-libidinöser Kräfte vollkommen zu unterbinden oder nur weitgehend zu hindern, das heißt 3) welcher Art die Schädigung war. In beiden Fällen handelt es sich um Schädigungen vor der genitalen Phase.

In vielen Fällen, deren gegenwärtige Erkrankung erst seit einigen Jahren besteht, stößt man im Laufe der Analyse auf Störungen neurotischer Art, die in der Kindheit bestanden hatten: die Neurose ist auf einer früheren aufgebaut (Freud). Immerhin weisen sie ein freies Intervall von längerer oder kürzerer Dauer auf, in dem der libidinöse Gleichgewichtszustand wieder hergestellt war. Von diesen führt eine kontinuierliche Reihe über die Neurosen, die erst seit der Nachpubertät bestehen, aber praktisch unbedeutende neurotische Vorläufer an Symptomen schon seit jeher hatten, bis zu den Fällen schwerster Neurose seit frühester Kindheit, ohne freies Intervall. Sie sind natürlich am schwersten zu beeinflussen, die Prognose in Bezug auf volle Wiederherstellung ist fast immer eine fragliche. Man begegnet bei ihnen einer starren, auf infantilen Fixierungen begründeten Triebkonstellation mit schwersten Störungen der genitalen Triebrichtung. Hierzu kommt, daß infolge der langen Dauer der Erkrankung, der Gebundenheit an neurotische Einstellungen die gesamte Persönlichkeit von Verzerrungen durchdrungen ist und sich auch jener Anteil der Persönlichkeit, an den wir bei der Analyse als Helfer zu appellieren pflegen, sehr unbedeutend und schwach erweist.

Wir sehen uns sonst in der Analyse vor die Aufgabe gestellt, plastische, unverdrängte Triebkräfte gegen die verdrängten, starren, fixierten auszuspielen (Freud). Wir können ferner beobachten, wie die aus der Verdrängung befreite genitale Libido sich in den Dienst der Heilungstendenz stellt (Fall 1 bis 5), andere fixierte Triebkräfte im Übertragungskampfe oder rezenten Konflikten plastischer, anpassungsfähiger werden und sich entweder der genitalen Hauptstrebung unterordnen oder auf irgendeinem Wege zur Sublimierung gelangen. Voraussetzung dieser günstigen Lösung ist ein gewisses, nicht näher zu bestimmendes Maß an Aktivität, die ein Hauptmerkmal genitaler Erotik ist. Wir machen ferner die Erfahrung, daß eine tobende Lösung, ein lauter Kampf der sich nunmehr auf gemeinsamem Boden befindenden antagonistischen Kräfte (Freud) schmerzvoller, aber gründlicher zur Erledigung führt, als ein ruhiges, lautloses Zur-Kennntnis-Nehmen. Diese Ruhe, die häufig den Stempel der Gleichgültigkeit an sich trägt, kann eine Äußerung des Widerstandes sein: „Gut, es ist so, aber es geht mich nichts an.“¹ Sie kann aber auch bedingt sein durch Affektlahmheit. Ein achtundzwanzigjähriger Bauernsohn (Fall 6) ist wegen seiner absoluten Erektionsunfähigkeit seit drei Jahren in analytischer Behandlung und blieb — bis auf eine praktisch unwesentliche Besserung, wie geringe Erektionsfähigkeit bei der Onanie, Schwund der Scheu vor dem Weibe — bisher refraktär. Er gehört zu jenen Fällen, die tiefste Einsicht in die Libidoentwicklung gestatten, aber an ihrem Symptom ad infinitum

¹ Siehe Abraham: „Über eine besondere Form des neurotischen Widerstandes gegen die psychoanalytische Methodik.“

festzuhalten scheinen. Die Analyse führte bis an die Grenze des zweiten Lebensjahres und verlief die ganze Zeit hindurch in einem gleichmäßigen, nur von den usuellen Widerständen vor neuen Entdeckungen zeitweise unterbrochenem Trott. Sie deckte zwei bedeutsame Traumata auf, die vorfielen, als er drei Jahre zählte: er hatte an einer Enuresis nocturna gelitten und war einmal von seinem sehr strengen Vater, den er bewußt ebenso liebte wie unbewußt haßte, bis zur Ohnmacht geschlagen worden; von dem Tage an sistierte die Enuresis, setzte sich aber später (zirka vom sechsten Lebensjahre an) in ein Zwangssymptom um, Zwangsurinieren, so oft er einen bestimmten Keller betrat. (Auf die Klinik dieses Falles gehen wir nicht ein.) Ungefähr zur selben Zeit (Patient zählte damals genau drei Jahre zwei Monate laut Außenanamnese) gebar seine Stiefmutter (seine eigene Mutter starb bald nach seiner Geburt) ein Kind. Patient hatte den Geburtsakt vom Nebenzimmer her durch eine Glastüre beobachtet: der schreckliche Anblick der weiten blutigen Höhle hatte auf dem Wege der Identifizierung zur eigenen ideellen Penislosigkeit geführt. Bedeutsam wurde dieses Kastrationstrauma durch die Beziehung zur knapp vorangegangenen Züchtigung für ein genitales, eigentlich urethralerotisches Verbrechen, das Bettnässen. Als Patient ein bis zwei Jahre später erfuhr, daß die Frau seines Vaters nicht seine Mutter war, wendete er sich vollkommen von ihr ab (Eifersucht gegenüber den jüngeren Stiefgeschwistern wirkte mit) und ließ in seiner Phantasie seine tote Mutter wieder auferstehen, beziehungsweise sein bewußter Wunsch war von nun an zu sterben, um mit seiner eigenen Mutter wieder vereinigt zu sein.

Die Schwere der berichteten Erlebnisse allein würde genügen, die Schwere der Neurose zu erklären, nicht aber deren Unbeeinflussbarkeit. Hier scheint das Alter, beziehungsweise das Stadium der Libidoentwicklung ausschlaggebend zu sein, in dem die Traumata erlebt wurden. Die Analyse erwies, daß sich Patient zur Zeit der beiden ersten Traumata (drittes Lebensjahr) in jenem Stadium der Libidoentwicklung befand, wo der bedeutsame Schritt von der Identifizierung mit dem geliebten Objekt (hier mit der Stiefmutter) zur genitalen Objektwahl getan werden soll. Zur Zeit der Traumata war die genitale Erotik gerade im Keime begriffen, seine Libidoposition war die der narzißtischen Identifizierung (Freud). Sein Narzißmus hatte die Krönung durch das Erreichen der genitalen Phase nicht erfahren und blieb dauernd geschädigt. Die weitere genitale Entwicklung wurde durch das Schlagetrauma dauernd gehemmt, die Geburtsszene hatte die Fixierung der Libido im Stadium der Identifizierung zur Folge, sein Verhältnis zum Vater war dadurch in passiv-femininer Form festgelegt. Seine spätere Art zu onanieren war dafür höchst charakteristisch: er pflegte durch äußerstes Anspannen der Gluteal- und Beinmuskulatur die Ejakulation zu bewerkstelligen. Das Anspannen der Muskulatur hatte er aber auch in der Kindheit geübt, um die Schläge des Vaters nicht all zu sehr zu spüren. Es lag allerdings auch eine inzestuöse Bindung an die Stiefmutter und jüngere Schwester aus der Zeit vor dem dritten Lebensjahr vor, die aber oraler und urethraler, nicht genitaler Natur war. Zur Lösung einer genitalen Insuffizienz genügt die Analyse des inzestuösen Verhältnisses allein aber nicht, wenn es nicht genitaler Natur ist.

Prognostisch blieb nur die eine Hoffnung, er würde entweder in der Kindheit jenen damals verhinderten Schritt zur genitalen Erotik nachholen oder ihn

weitere Analyse würde das zur Heilung unerläßliche Minimum an genitaler Libido noch aufdecken. Sie erwies sich aber bisher als trügerisch.

Wir machen an anderen Fällen, die in der Kindheit die genitale Organisation aufbauen konnten, die Erfahrung, daß starke Genitalität, mag sie später noch so heftiger Verdrängung zum Opfer gefallen sein, sich des Schuldgefühles sehr gut zu erwehren vermag. Befreien wir in der Analyse die genitale Libido aus der Verdrängung, so finden wir in ihr einen mächtigen Helfer gegen das Schuldgefühl, dessen mächtigster Gegner sie ist. Sie verleiht ferner den Kämpfen gegen passiven Strebungen jenes Maß an Aktivität,¹ das zur Heilung unerläßlich ist. In unserem Falle hatte sich das Schuldgefühl auswirken können, unbeeinflusst und ungestört von genital narzißtischen Strebungen.²

Die tiefste Ursache seiner Affektlahmheit, die sich im realen Leben ebenso kundgab wie in der Übertragung und in der Schwäche der Konfliktaustragung, war der Mangel genitaler Erotik und Aktivität.³ Wir konnten keine Triebkraft finden, die den ärztlichen Bemühungen hilfreich zur Seite gestanden wäre, das Schuldgefühl und die infantilen Befriedigungsarten, die weitgehendst aufgedeckt wurden, außer Kraft zu setzen. Auch die Übertragung, die innerer gleichmäßig positiv ist, ist durch Affektlahmheit gekennzeichnet.

Fall 7. Ein achtundzwanzigjähriger Mann, an Impotenz, Pollutionen, Kopfschmerz, Beklemmung, Minderwertigkeitsgefühlen und hartnäckiger Obstipation leidend, sechzehn Monate in Analyse. Die Obstipation besteht seit frühester Kindheit. Fast alle Mitglieder seiner Familie sind neurotisch und leiden an habitueller Obstipation. (Vom vierten bis zehnten Lebensjahre bestand eine schwere Angsthysterie.) Eine anale Fixierung in der prägenitalen Periode, wie sie nicht häufig zu finden ist, bestimmte seine späteren Schicksale. Seine Pollutionen waren Überreste einer urethralen Periode, die um sein viertes Lebensjahr nicht lange gewährt hatte. Statt Samen kam jetzt Urin, ohne Rhythmus abfließend. (S. Abraham: Über ejaculatio praecox.) Sehr spät erst deckte die Analyse eine zwar kurze, aber intensive Periode genitaler Masturbation, Schaulust und Exhibition aus seinem fünften Lebensjahre auf. Jetzt erst begannen die Symptome zu weichen, der Darm ist vollkommen intakt und Patient hat mehrere Akte mit Erfolg unternommen.

Bei Fall 6 liegt eine Fixierung durch traumatische Hemmung in der prägenitalen Organisation vor, bei Fall 7 hingegen handelt es sich um eine Fixierung durch „Lusthypertrophie“ (der analen Libido) in demselben Stadium. Die Lusthypertrophie scheint durch konstitutionell besonders betonte erogene Zonen bedingt zu sein.⁴ Trotzdem wurde die genitale Entwicklung in einem schwer zu bestimmenden Ausmaße durchgemacht, die Genitalität war

¹ Siehe auch über die genitale Wurzel des Sadismus: Federn, Sadismus und Masochismus.

² Das antagonistische Verhältnis zwischen Narzißmus und Schuldgefühl wurde vom Autor in einem unveröffentlichten Vortrage in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung erörtert.

³ Die Passivität der seelisch-masochistischen Patienten ist natürlich eine von dieser grundverschiedene, meist auch viel härtere.

⁴ Vgl. Freund: „Drei Abhandlungen usw.“ „Vorlesungen zur Einführung usw.“ und Perle: „Hysterie und Pathenrosen“.

aber später von der prägenitalen Organisation sozusagen verschlungen worden. Die Unterscheidung zwischen Fixierung durch Hemmung und Fixierung durch Lusthypertrophie ist prognostisch von einer Bedeutung: Wenn auch schwach, weil von sadistisch-analen Zügen durchsetzt, hatte die Genitalität in der Kindheit doch Bedeutung gehabt, konnte in der Analyse von ihren Zusätzen befreit werden, gegen welche sie dann in wirksamer Weise ausgespielt wurde. Wie wir gesehen haben, fällt diese Stütze bei der Neurose nach Fixierung durch traumatische Hemmung weg, weil die genitale Phase gar nicht oder nur in Ansätzen erreicht wurde. Ferner: Bei der Fixierung durch Lusthypertrophie handelt es sich um ein Plus an libidinösen Kräften, bei der traumatischen Hemmungsfixierung um ein Minus, weil die Einschüchterung auch auf die prägenitale Organisation übergreift, das Resultat ist Affektlahmheit. Wir können in der Psychoanalyse mit einem Plus an libidinösen Kräften gewöhnlich mehr anfangen als mit sehr geringen, schwach ausgebildeten Triebkräften. Wir unterschätzen die Schwierigkeiten aber nicht, die uns die prägenitale Lusthypertrophie einer Perversion bereitet.

Wir glauben ein wichtiges Moment herausgreifen zu können: Die Prognose einer alten Neurose ist um so günstiger, je ungestörter die genitale Entwicklung in der Kindheit durchgeführt werden konnte. Die früher oder später erfolgende Verdrängung der genitalen Libido hat keine Bedeutung für die Prognose. Wichtig ist, daß sie überhaupt vorhanden sei. Aus der Verdrängung befreit, wird sie ein mächtiges Hilfsmittel der analytischen Bemühung. Sie verleiht Aktivität, hemmt die Auswirkungen des Schuldgefühles, steht allen passiven Strebungen entgegen und ist am besten geeignet, auch stärkste Triebforderungen anderer Art außer Kraft zu setzen.

Die Schwierigkeiten, denen man bei der Analyse von Erythrophobien begegnet, beleuchten in charakteristischer Weise die genitale Libidoposition bei dieser Erkrankung: Sie zeichnet sich im Gegensatze zu den typischen Zwangsnerven durch einen besonders starken genitalen Narzißmus aus, der durch Verdrängung der exhibitionistischen Tendenz eine Verschiebung auf das Gesicht (Erröten = Erektion) erfährt.¹ Ihre Hypergenitalität ist nicht nur eine gegen den Kastrationskomplex reaktive, sondern vielmehr originäre, indem die genitale Periode in der Kindheit besonders lustvoll erlebt wurde und eine Schädigung im Sinne des Kastrationskomplexes in die Hochperiode der infantilen, genitalen Masturbation und Exhibition wie ein Blitz einschlug. Die regelmäßig bei der Erythrophobie vorhandenen hypochondrischen Beschwerden sowie ein starker narzißtisch-homosexueller Zug in der Neurose rücken sie in große Nähe zu den paranoiden Erkrankungen; so ist auch die Angst, beobachtet zu werden, man sähe dem Patienten die Onanie an und ähnliches, durchaus paranoid. In ihrer narzißtischen Verblendung glauben die meisten dieser Kranken wirklich daran, daß alle Leute sie ansehen, über sie lachen und ähnliches. Auch die Krankheitseinsicht dieser genital-narzißtischen, (unbewußt) homosexuellen Patienten ist selten eine weitgehende.

Wie eine Hypogenitalität (z. B. Fall 6) therapeutisch Schwierigkeiten bereitet, so auch eine narzißtische, aber verletzte Hypergenitalität.

¹ S. Reichmann: Über Erröten. *Int. Ztschr. f. PsA.*, Jahrg. VIII.

IV

Wir haben, um die Darstellung nicht zu komplizieren, andere prognostisch ungünstige Positionen der Neurose, wie tiefes Schuldgefühl usw. Masochismus (Freud: Ich und Es, Ein Kind wird geschlagen) nicht in die Diskussion einbezogen. Das Verhältnis zwischen genitaler, bzw. narzißtisch-genitaler Libido einerseits, Masochismus und Schuldgefühl andererseits gehört zu den theoretisch schwierigsten als auch praktisch wichtigsten Fragen der Psychoanalyse. Sie harren noch der Bearbeitung. Hier sollte nur auf die Bedeutung der Genitalität als Hilfsmittel der Therapie hingewiesen werden und auf die prognostischen Ausblicke, die sie dem Analytiker liefern kann. Die Mitteilungen der Patienten über ihre Genitalität sind zwar im Anfange nicht leicht zu beurteilen, wenn nicht die Analyse deutlichere Daten gebracht hat. So kann die Mitteilung, lange genital onaniert zu haben, täuschen und ist kein triftiger Hinweis auf starke Genitalität. Erkundigt man sich genauer, so erfährt man dann oft, daß der onanistische Akt nicht durch rhythmische Bewegungen des Beckens oder rhythmische Friktionen mit der Hand, sondern zum Beispiel in Andrücken des Genitales gegen einen Gegenstand erfolgte und der Same abfloß (urethral) oder die Ejakulation durch rhythmische Kontraktionen der Dammuskulatur bewerkstelligt wurde¹ (anal) oder durch Einklemmung zwischen den Schenkeln usw. Hingegen können der genitalen Onanie äquivalente Akte (Ferenczi), wie Zupfen an verschiedenen Körperstellen, die Gewohnheit, jeden Gegenstand zu betasten und mit ihm zu spielen, das fortwährende unbewußte Anfassen des Penis in der Hosentasche (Fall 5) und ähnliches auf eine stärkere, aber verdrängte Genitalität hinweisen. Auch die Auswirkungen eines starken Kastrationskomplexes dürfen zu den Äußerungen verletzter Genitalität gezählt werden. Ebenso kann man die Genitalität von den Phantasien her beurteilen, besser sogar als nach den Klagen des Patienten. Fall 6, der materielles Interesse an der Heirat hatte, war von seinen Klagen über die Unfähigkeit, zu koitieren, kaum abzubringen und doch hatte er nie einen Koitus per vaginam, sondern meist das Abbeißen der weiblichen Brust und Durchbohren des Weibes als Akt phantasiert.

Die komplizierten Verbindungen, Verschiebungen, Ersetzungen der prägenitalen Organisationen, das Verhältnis der verschiedenen libidinösen Komponenten zu den entsprechenden erogenen Zonen sind berufen, Kernfragen der psychoanalytischen Pathologie zu werden. Eine vorläufige diesbezügliche Bemerkung gehört zu unserem Thema. Ich verführe über Material, darunter Fall 6 und 7, welches zwingt, einen der Genitalisierung nichtgenitaler Zonen (Ferenczi) entgegengesetzten Prozeß anzunehmen, das heißt die Besetzung des Genitales mit Libido nichtgenitaler Provenienz. In der analytischen Literatur sind verwertbare Ansätze zu einer solchen theoretischen Vorstellung reichlich vorhanden, z. B. Sadger: Der Penis des Homosexuellen als Brust, Abraham: Die Überflutung des Penis mit urethral-erotischer Libido bei ejaculatio praecox, Federn: Penis und Sadismus, und Ferenczis unveröffentlichte Genitaltheorie (Kongressvortrag). Bei Patienten, die die genitale Periode nur in Ansätzen oder gar nicht erreicht haben, gehört eine

¹ Vgl. Reich: Über Spezifität der Onanistformen. Int. Ztschr. f. PsA. 1937.

derartige Überflutung des Genitales mit Libido anderen Ursprungs geradezu zur Regel. Es wird dann in der Phantasie nicht genital verwendet. Im Anfange der Analyse kann ein genitales Primat vorgetäuscht sein². Auch hier wird die Prognose mit davon abhängen, ob die Erotisierung des Genitales vor oder nach der genitalen Periode erfolgte, das heißt, ob rein genitale Lust schon erlebt worden war oder nicht.³

Eine Frage, so paradox es auch klingen mag, ist nicht leicht zu beantworten: Was ist das: genitale Erotik? Der Versuch, wie ihn Ferenczi unternommen hat, die Genitalfunktion als Resultat eines Prozesses der Amphimixis aufzufassen, scheint heuristisch wertvoll zu sein. Die Auffassung der Friktion als Kompromiß analer und urethraler Libido können wir nicht teilen; die Genitalität hat sicher einen eigenen psychisch repräsentierten Kern, der zur Amphimixis hinzutritt. Das, was wir Genitalität nennen, ist wahrscheinlich etwas höchst Komplexes, sämtliche prägenitalen Libidopositionen liefern ihre Beiträge; aber, abstrahieren wir von den Beiträgen, urethral-analerotischen (Ferenczi), sadistischen (Federn), so bleibt ein Rest übrig, der keiner prägenitalen Organisation eignet. Erektion, aktives Eindringen in eine Höhle,⁵ Mutterleibsehsucht und rhythmische Ejakulation. Aus Ausfällen dieser Funktionen können wir sie erst als genitale Hauptcharakteristika erkennen. So wird die genitale, rhythmische Samenejakulation von urethral-erotischem Harnfließen, so wird das aktive genitale Eindringenwollen in den Mutterleib durch die passive anale Koitusphantasie verdrängt, so die genitale Erektion verhindert, wenn der Penis eine Mordwaffe bedeutet und nach Verdrängung die Erektion tabu wird. So verdrängen die Gäste der genitalen Zone, die prägenitalen Zuschüsse, ihren Hausherrn, die Genitalität.

Da zwei der erwähnten Hauptcharakteristika: Erektion und rhythmische Ejakulation erst in der Pubertät hinzukommen, so bietet nur die aktive Höhlensehsucht einen festen Anhaltspunkt für das Erkennen der infantilen Genitalität. Starke Bindung an die Mutter ist kein strikter Beweis für eine erlebte Genitalperiode, weil die Bindung auch permanent eine anale, orale oder andere sein kann. Hinzu kommen genitale Masturbation und Exhibition, die, in früherer Kindheit vorhanden, auf starke Genitalität hinweisen.

V

Überblicken wir die Beziehungen der Genitalität zum Gefüge und zur Entwicklung der neurotischen Erkrankung, so lassen sich im rohen Schema folgende Möglichkeiten fassen:

¹ Fall 6, der eine starke oralerotische Fixierung aufwies und sich angeblich nach dem Koitus sehnte, war der Penis die Brust, die Vagina der Frau (er sah sie im Traume mit Zähnen!) der Mund, dem er seine Brust anbot. Das Kastrations-trauma wirkte mit. Nach der urethralen Phase regredierte Patient auf die orale, statt die genitale zu erreichen. — Eifersucht auf seine Geschwister, die er saugen gesehen hatte, ohne selbst gesäugt worden zu sein, bedingte die „Oralisierung“ des Genitales. Später hatte er Schulkameraden seinen Penis zum Saugen angetragen.

² Siehe hierzu auch: Reich: Zur Triebenergetik. Zeitschrift für Sex. Wissenschaft 1927.

³ Vgl. auch Jekel: Einige Bemerkungen zur Trieblehre. Int. Ztschr. f. PsA. 1917.

1) In der Kindheit wurde die genital-objektlibidinöse Periode glücklich überschritten, die Schicksale des Ödipusverhältnisses hinterließen vorläufig bloß Dispositionen zur Erkrankung. In späteren Lebensjahren, zum Beispiel in der Pubertät, lebte der Inzestwunsch wieder auf, durch irgendeinen Anlaß wurden die Dispositionen aktiviert, die genitale Streben in toto oder nur deren inzestuöses Objekt wurden neuerdings verdrängt.

Die Analyse hat dann meist das Wesentlichste geleistet, wenn sie das inzestuöse Objekt aufdeckt und die genitale Libido auf dem Wege der Übertragung der Außenwelt zuführt.

2) Die Fixierung erfolgte schon in der genitalen Ödipusphase auf der Höhe der genital-narzisstischen Organisation, was in den meisten schweren Fällen vorzuliegen scheint. Die genitale Libido erfährt schon hier ihre Verdrängung, worauf

- a) die genitale Libido verschoben wird (hysterische Genitalisierung der erogenen Zonen [Ferenczi]), oder
- b) nach Verdrängung der Genitalität werden prägenitale Positionen, zum Beispiel anal-sadistische (Zwangsneurosen durch Regression [Freud]) neubelebt.

Es wird dann meist von der Stärke der prägenitalen Organisation abhängen, ob bloß eine Fixierung im genitalen Ödipusstadium mit Verschiebung der Genitalität, Genitalisierung anderer Organe erfolgt, oder durch Regression prägenitale Positionen neu belebt werden. Die Analyse hat dann bereits schwierigere Arbeit, besonders im Falle b), weil dann mit prägenitaler Libido zu kämpfen ist. Die Prognose ist aber immer günstig.

3. Die Fixierung erfolgte schon im prägenitalen Stadium infolge stark betonter, prägenitaler erogener Zonen, doch war immerhin ein Stück Libido der genitalen Zone zugewendet worden (z. B. Fall 7): partielle Fixierung. In solchen Fällen kann die Prognose bereits fraglich werden, die Analyse hat dann nicht nur die Aufgabe, sämtliche Verdrängungen zu beseitigen, was in 1 und 2 allein zur Heilung führt, sondern muß die genitale Erotik zur vollen Entfaltung kommen, die Entwicklung beenden lassen und darf dann auf die Unterordnung der prägenitalen Libido unter die jetzt erstarkte genitale hoffen. Die Erstarkung der Genitalität ist dann oft davon abhängig, wie viel prägenitaler Libido sich auf das Genitale konzentriert. Es ist für die Prognose ferner sehr wichtig, ob die prägenitalen Betätigungen in der Kindheit mit größerem oder geringerem Schuldgefühl einhergingen, was davon abhängt, ob während der prägenitalen Periode schon objektlibidinöse Bindungen bestanden hatten und in welchem Ausmaße.

4. Die genitale Periode wurde gar nicht erreicht (Fall 6), besser, nicht aktiviert. Weder genitale Masturbation, noch Exhibition,

1) Damit ist natürlich nicht die endokrine, somatische Seite der Genitalität gemeint. Es kann nur an ein Mißlingen des Anschlusses der psychisch repräsentierten Genitalität an die endokrine, beziehungsweise an eine Hemmung in der Entwicklung der psychischen Repräsentanz gedacht werden. Oder um es nicht dualistisch auszudrücken: durch psychische Hemmung blieb es dem endokrin bedingten

noch genitaler Inzestwunsch wurden erlebt. Sämtliche objektlibidinöse Bindungen, eventuell auch infantile Onanie, sind prägenitaler Natur. Die Prognose ist schlecht, weil trotz Behebung der Verdrängungen den prägenitalen Tendenzen, die in der Realität nicht verwendbar sind (mit Ausnahme teilweiser Sublimierung) keine Triebkraft entgegensteht, die sie außer Kraft setzen, dem Individuum die sexuelle Bindung an die Realität ermöglichen könnte.

Eingelangt am 17. Oktober 1923.

Reizzuwachs versagt, seine psychische Repräsentanz zu bilden. Eine Frage bleibt offen: wenn die Annahme zutrifft, daß durch psychische Hemmung der biologische Prozeß der „phasogenen Ekphorie“ (Semon), das heißt das Aktivwerden einer Funktion, die mnemisch festgelegt ist, in unserem Falle 6, das Aktivieren der genitalen Libido in der Ontogenese verhindert werden kann: Kann die Analyse die erste Ekphorie der mnemischen Funktion leisten? Kann die Analyse eine mnemische Triebkraft, deren Auswirkungen in der Ontogenese nicht erlebt wurden, wecken?

Wilhelm REICH: Zur Triebenergetik. (Zschr. f. Sex.-Wiss., 1923, 4. H.)

Es handelt sich um den Versuch einer Analyse des psychoanalytischen Triebbegriffes, der im Lichte der Lehre von den erogenen Zonen sich darstellt als ein Sammelbegriff für die motorische Seite der erlebten Lustsensationen. Bei genauerer Analyse der Lust- und Unlustsensations erweist sich nicht nur ihr inniger Zusammenhang, sondern das Triebhafte an sich kann als Ausdruck der Lustsensations verstanden werden, nach Wiederholung zu verlangen. Aus der Zusammenfassung: Die innersekre-

torische Erogenität der Organe ist nicht unmittelbare Grundlage des Partialtriebes, sondern wird es mittelbar durch die mit der somatischen Erregung parallele gehende Lustsensations. Der Sexualtrieb ist funktionell die motorische Seite aller in der Onto- und Phylogenese erlebten Lustgefühle, psychologisch ein Ausdruck des Gedächtnisses für bereits empfundene Lust. Die funktionelle Eigenartigkeit der Sexuellust, wiedererlebt werden zu müssen, bildet das eigentliche Triebproblem. Autoreferat.

DELGADO, PROF. HONORIO F. (Lima): Documentos psicoanaliticos. Revista de Psiquiatria, Vol. IV. No. 2. 1922.

Delgado veröffentlicht ein paar Zeichnungen Geisteskranker mit durchsichtigem, sexual-symbolischem Inhalt, der durch die freien Assoziationen der Kranken überdies bestätigt wird. Besonders erwähnt sei das Haus mit verschlossener Tür als weibliches Symbol, ferner ein Auge, neben dem ein Schlüssel von phallischer Gestalt abgebildet ist. Sodann

gibt der Autor die Analyse des Traumes eines Epileptikers, der sexuell völlig enthaltsam lebte. Die Enthaltensamkeit erklärt sich aus der Bindung seiner Libido an seine Schwester, die ihm zugleich Mutterersatz ist. Sie lebt bei einem Onkel, der den Vater ersetzt. Delgado zeigt die Wirksamkeit des Ödipuskomplexes in einleuchtender Weise. Abraham (Berlin).

VARENDONCK, J.: Freud et la Psychoanalyse. Extrait du „Flambeau“. 5^{me} année. No. 4. Avril 1922.

Eine kurze, populär geschriebene Darstellung der Hauptgesichtspunkte und Resultate der Psychoanalyse mit hübschen Beispielen aus der Psychopathologie des Alltagslebens und Deutungen von Tagträumen. Die geschickte Darstellung wird

dazu beitragen, das Interesse für Psychoanalyse in weiteren Kreisen Belgiens zu steigern. Wir glauben nicht, daß der Ausdruck „Elektrakomplex“ besondere Vorteile bietet und daß er sich Bürgerrecht in der Psychoanalyse erwerben wird.

Th. Reik (Wien).

DELGADO, Dr. H. F. (Lima): Algunos aspectos de la psicologia del niño. Mit Vorrede von Dr. William A. White. Lima 1922.

Der um die Ausbreitung der Psychoanalyse in den spanisch sprechenden Ländern verdiente Verfasser veröffentlicht eine Sammlung von kleinen, zum Teil bereits früher gedruckten Aufsätzen zur Psychologie des Kindes. Er fußt im

Wesentlichen auf den Resultaten der Psychoanalyse. Die Aufsätze geben einen guten Überblick der psychoanalytischen Anschauungen über die psychische Entwicklung des Kindes, Charakterbildung und so weiter. Abraham (Berlin).

PSYCHOANALYTISCHE BEWEGUNG

G. STANLEY HALL †

Am 24. April 1924 starb Professor Dr. G. Stanley Hall, ehemaliger Präsident der Clark University, Worcester, Mass., U. S. A., im achtundsiebzigsten Lebensjahr. Durch seinen Tod verliert die Psychoanalyse einen der tüchtigsten Anhänger und Verteidiger in theoretischer und praktischer Hinsicht. Unter der Präsidentschaft Dr. Halls war die Clark University das erste Institut in Amerika, das der Psychoanalyse schon im Jahre 1909 akademische Berechtigung gewährte. In der Frühzeit der psychoanalytischen Entwicklung muß man diesen kühnen Schritt sowohl als Beweis für den weiten Blick Dr. Halls ansehen als auch dafür, daß sein psychologisches Wissen mehr in die Zukunft als in die Vergangenheit gerichtet war. Die beste Charakteristik seiner tiefen psychologischen Kenntnisse gibt vielleicht die Widmung der Sondernummer (1903) des „American Journal of Psychology“, die anlässlich seines fünfundsiebenzigjährigen Doktorjubiläums erschien. Es heißt dort: „Er ist der Begründer des ersten amerikanischen Laboratoriums für Experimentalpsychologie und der ersten amerikanischen Zeitschrift für die Publikation der Ergebnisse psychologischer Forschung, Pfadfinder in der systematischen Untersuchung der kindlichen Geistesentwicklung und in der Anwendung der hierbei erzielten Resultate in der Erziehung.“

Da diese Zeilen aber vor allem der Stellungnahme Dr. Halls zur Psychoanalyse gewidmet sind, wird es sicherlich

von Interesse sein, die Entwicklung seiner Ansichten in den Hauptwerken seiner zahlreichen Publikationen zu verfolgen. Schon 1904, in seinem großen Werke „The Psychology of Adolescence“, würdigte er die Bedeutung der Freud'schen Lehre und zeigte eine sehr richtige und sachliche Erfassung der Psychoanalyse soweit dieselbe eben damals entwickelt war. Er sagte z. B. mit Bezug auf die Hysterie, „es kommt sehr viel darauf an, ob die übermäßige sexuelle Erregung und die Unterdrückung der Sexualfunktion imstande sind, sich die Wage zu halten“; ferner anerkannte er auch den Mechanismus der Konversion bei der Bildung von hysterischen Symptomen auf direktem Wege oder mittels gleichwertiger Symbolik. Es war ihm auch eine frühe Publikation Freuds wohl bekannt (1895), in der der Nachweis erbracht wurde, daß alle Arten von krankhafter Angstbildung eng mit der vita sexualis verbunden sind und immer bei der Unterdrückung der Libido einsetzen. Ebenso gut kannte er aber das Frühwerk von Breuer und Freud über die psychischen Mechanismen der Hysterie.

Bei der Feier des zwanzigsten Jahrestages der Eröffnung der Clark University im Jahre 1909 nahm die Psychoanalyse schon eine prominente Stellung ein. Freud und Jung wurden zu Ehrendoktoren ernannt, Freud selbst hielt damals seine „fünf Vorträge“ über Entstehung und Entwicklung der Psychoanalyse. Diejenigen von uns, die diesen Vorträgen beiwohnten,

bedarf dieser besonderen Methodik, „die mit dem rational nicht faßbaren Begriff des Unbewußten arbeitet, und meines Erachtens auch arbeiten darf, der für die

naturwissenschaftliche Psychologie stets unannehmbar sein muß.“

Dr. P. Federn (Wien).

OSWALD SCHWARZ: Das psychophysische Problem in der Sexualpathologie. (Wien. Klin. Wochenschr., Jg. 55, Nr. 11, 1922.)

Was der Autor in diesem Vortrag über das Sexualproblem sagt, bringt nichts Neues. Bei der Besprechung der therapeutischen Seite des Problems will er auf die Möglichkeit hinweisen, die Perversionen, speziell die Homosexualität, auf hormonalem Wege bei gleichzeitiger Psychoanalyse zu behandeln, weil die bisherigen Mitteilungen über psychotherapeutische Heilungen nach seiner Meinung

nicht überzeugend sind, andererseits auch keine verlässlich beobachteten Fälle von hormonaler Beeinflussung bekannt sind. Es ist beachtenswert, daß der als Urologe angesehene Verfasser die Forderung aufstellt, alle Fälle von Sexualanomalien nach psychologischen Gesichtspunkten auf ihre Genese zu untersuchen.

Dr. F. Deutsch (Wien).

JHS. STRÖMME (Kristiania): Zum Behandlungsmodus des Sado-Masochismus. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., B. 82, 1923.)

Der Autor hebt die Bedeutung der von Jung-Silberer inaugurierten anagogen Deutung gegenüber der analytischen hervor, ebenso die „synthetische“ Therapie gegenüber der rein analytischen. Die wesentlichste Frage sei, wozu die Krankheit diene.

Ohne daß es aus den mitgeteilten Krankengeschichten oder theoretischen Erwägungen mit Notwendigkeit hervorgehe, wird die Arbeitsunlust in das Zentrum des Problems des Sado-Masochismus gestellt. Im Sado-Masochismus kehre die verdrängte Arbeitslust wieder, der Sadist bestrafe sich für seine fehlende Konzentration, „indem er sich züchtigt, was symbolisch in der Art ausgedrückt wird, daß Erektion und Orgasmus nur durch die Rute erreicht wird.“ Also: Orgasmus Symbol für Arbeit!

Die Wiener Schule kümmere sich viel zu sehr um die Fixierungen, „dem Inzestkomplex wird mit fast unglaublicher Unermüdlichkeit nachgeforscht. Nirgends aber finden wir erwähnt, was der Inzest-

komplex heute für den Patienten bedeutet.“ Die Jung-Silberersche Anschauung bedeute eben hier einen großen Fortschritt, sie habe bewirkt, „daß die Arbeit der Analytiker nicht so sehr ein Ausgraben der infantilen Erlebnisse, als ein Bestreben ist, den aktuellen Widerstand gegen die Lebensaufgabe zu überwinden“, was nach des Autors Erachtens „ein viel leichter und dem Patienten wie dem Arzt interessanterer Weg sei, als der umgekehrte, die Erforschung der infantilen Hemmung und ihr Verhältnis zur Gegenwart.“ Wir wollen gerne glauben, daß er der leichtere ist! Es wäre aber doch sehr interessant, zu erfahren, was man sich unter diesem mysteriösen Widerstand gegen die „Lebensaufgabe“ vorzustellen hat, ob er nicht vielmehr dasselbe bedeutet, wie der „aktuelle Konflikt“ der Wiener Schule, der seinerseits von infantilen Konflikten getragen ist.

Dr. W. Reich (Wien).

FELIX DEUTSCH: Gehäuftes Auftreten von Morbus Basedowii. Med. Klinik 20, 1923.

Vier in einem und demselben Hause wohnende Frauen erkrankten hintereinander an M. B., mit gleichzeitigem Auftreten

aktualneurotischer Symptome. Der Autor versucht nachzuweisen, daß es sich um einen unbewußten Identifizierungsprozeß

handelt, der durch eine neuropathische, beziehungsweise hysterische Basis ermöglicht wurde und den M. B. in allen vier Fällen mit fast identischen psychogenen Symptomen überwuchern ließ. Es wird

mit Nachdruck betont, daß jede organische Erkrankung auch auf die mitspielenden psychogenen Motive h'n betrachtet werden müsse.

Dr. W. Reich (Wien).

ALFRED ADLER: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. 2. Aufl., München 1924.

Ein detailliertes Referat über das aus 29 Einzelaufsätzen aus heterogensten Gebieten zusammengesetzte Buch ist unmöglich. Wer sich für Adlers Theorie im allgemeinen und ihre Zusammenhänge und Differenzen mit der Psychoanalyse im besonderen interessiert, wird in dem Buch viel Lesenswertes finden. Mag man auch Behauptungen, wie zum Beispiel „psychische Impotenz, ejaculatio praecox, Perversion, sexuelle Anästhesie und Vaginismus (sind) bei Personen zu finden, die einer Hingabe an die anderen, an die Gemeinschaft, nicht fähig sind, weil sie alle beherrschen wollen“, staunend lesen, so muß doch der schmiegsamen Konsequenz an sich Bewunderung gezollt werden, mit der der Rahmen „Wille zur Macht“ über ausnahmslos alle psychischen Phänomene gespannt wird. Was an Richtigem an den Adlerschen Gedankengängen von jedem Psychoanalytiker zu bestätigen ist, steht in keinem Verhältnis zu der durch die Eintönigkeit der Erklärungsweise sich aufdrängenden Frage, wo denn das Problem der Differenzierung bleibe, das bei „individualpsychologischer“

Betrachtung im Zentrum stehen müßte. Wenn es ein Kriterium fortschreitender Forschung ist, daß von allgemeinen heuristischen Prinzipien zu speziellen Problemen differenzialpsychologischer Phänomene und über diese hinaus zu neuen allgemeinen Sätzen geschritten wird, so ist davon hier nichts zu finden. Sieht man von diesen Nachteilen des Buches ab, so zeugen manche Aufsätze dort, wo das Erklärungsprinzip des Machtwillens am Platze ist, von großer Menschenkenntnis und reicher ärztlicher Erfahrung. Gänzlich unbefriedigend, ja, schon bei oberflächlicher Betrachtung falsch sind die Ausführungen über die Melancholie und Paranoia, die Trigeminalneuralgie, die Schlafstörungen und anderes. Ebenso wenig können die Versuche, Anschluß an das Organische zu finden (Organminderwertigkeit), befriedigen. — Über die „Praxis der Individualpsychologie“ erfährt man so gut wie nichts. — Bemerkenswert ist noch, daß es der Autor an Seitenhieben auf die Psychoanalyse nicht hat fehlen lassen.

Dr. W. Reich (Wien).

Dr. C. BACH: Einige Aufschlüsse über Psychoanalyse und deren Grundlagen. (Aus dem Jahresbericht der Heilanstalt Sonnenhalde in Riehen, Basel, 1922.)

Ein spassiges Schriftchen, in welchem der leitende Arzt dieses Sanatoriums den „schlichten Mann aus dem Volke“ über das Wesen der Psychoanalyse orientieren will, etwa in der Art und Weise, wie es der Briefkastenonkel der „Gartenlaube“ oder des „Häuslichen Herd“ über irgend-ein Naturwunder zu tun pflegt. In gutem Treuen will der Verfasser dem lieben Leser das Schlucken dieser bitteren Arznei erleichtern, indem er sie mit Sentenzchen, kleinen Mätzchen, Gemeinplätzen und

Gleichnissen reichlich zuckert und — verwässert. So bilderreich wird dabei seine Sprache, daß es ihm nicht genügen kann, seine Ausdrücke zwischen gewöhnliche Anführungszeichen zu setzen, sondern daß er zu einem neuen symbolischen Hilfsmittel greifen muß — und er setzt solche bildhaften Ausdrücke zwischen zwei Sternchen.

Damit auch der ernste Analytiker ein bißchen lachen kann, will ich mir nicht versagen, die Überschriften der einzelnen