

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Volume 12, 1926,

"Über chronische hypochondrische
Neurasthenie mit genitaler Asthenie"
Von Wilhelm Reich pp. 25 - 39

"Über die Quellen der neurotischen
Angst; Ein Beitrag zur Theorie der
psychoanalytischen Therapie" von
Wilhelm Reich pp. 422 - 431

durch (zielgehemmter) motorische Abfuhr. Je weitgehender diese Bändigung geschieht, um so sicherer und nachhaltiger kann sie dann die geschwächten Symptomreste durch Verdrängung beseitigen. Bei der Katharsis kommt hinzu, daß das masochistisch geknebelte Ich auf Befehl seines Gebieters noch andere libidinöse und insbesondere auch destruktive¹ Regungen aus dem Ödipuskomplex durchläßt und zur motorischen Erledigung (Affekt-abfuhr) befördert. Der Hypnotiseur tritt dabei dem Ich zunächst als Objekt entgegen; er wendet sich an die masochistische Bereitschaft des Ichs, unterliegt rasch dem abwehrenden Introjektionsvorgang, der seine Idealisierung vollzieht und seine Machtstellung zum Ich durch die Mittel des Über-Ichs erhärtet. So gelingt es dem masochistisch ergebenen Ich, die Ansprüche der Realität, seines tyrannischen Über-Ichs, sowie des vom Ödipuskomplex beherrschten Es in einer Erfüllungssituation miteinander zu versöhnen. Dies vielwertige Befriedigungserlebnis dient zur Ablösung der auf ähnlichen ökonomischen Voraussetzungen ruhenden, aber realitäts-widrigeren² Symptome und ergibt mit seinen phantasierten (oder realen) Wiederholungen den als Heilung gewerteten Zustand der Behandlungs-neurose.

Eingegangen im März 1925.

sollte einmal auf diese Analogie hin ernstlich untersucht werden. Ich habe in einem noch unveröffentlichten Vortrag (Ung. PsA. Vereinigung, März 1921) den Versuch unternommen, die Hypnose (und die ihr verwandte „mediumistische“ Gedanken- und Willensübertragung durch manuellen Kontakt) genetisch als einen zielgehemmten Abkömmling aus dem Koitus abzuleiten, in dem offenbar ihr richtiges biologisches Vorbild zu erblicken ist, wobei ich glaube, daß auch zwischen dem Ablauf des Geschlechtsaktes und ebenfalls den Traumvorgängen (also nicht einfach dem Schlafen!) eine tiefe innere Verwandtschaft besteht. (S. dazu Ferenczis Ausführungen über „Koitus und Schlaf“ in seinem „Versuch einer Genitaltheorie“, I. PsA. Verl. 1924.)

¹ Vgl. Simmel, Kriegsneurosen und „psychisches Trauma“, Otto Memmich, Verlag, Leipzig 1918.

² Der „sekundäre Krankheitsgewinn“ sowie die tiefer begründeten pathogenen Regungen des Gewissens sind hier zur Vereinfachung nicht berücksichtigt.

Über die chronische hypochondrische Neurasthenie mit genitaler Asthenie¹

Vortrag auf dem IX. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß, Hamburg, September 1925

Von Wilhelm Reich (Wien)

Im Jahre 1895 hat Freud von der „Neurasthenie“ der Autoren einen Symptomenkomplex als „Angstneurose“² abgetrennt, beide als „Aktualneurosen“ den „Psychoneurosen“ gegenübergestellt und nachgewiesen, daß sie auf verschiedenen akuten Schädigungen beruhen: Die Angstneurose komme durch eine somatische Libidostauung infolge Abstinenz, Koitus interruptus oder frustrane Erregung, die Neurasthenie durch Spinalirritation infolge exzessiver Onanie oder gehäufte Pollutionen zustande. (Später kam die „Hypochondrie“ als dritte Aktualneurose hinzu.) Die Symptome dieser Erkrankungen haben keinen psychischen Sinn, sondern seien die „direkten somatischen Folgen der Sexualstörungen“. Gegenüber Einwänden gegen seine Theorie der Aktualneurosen, die sich auf die Tatsache stützten, daß auch der Aktualneurotiker die typischen Komplexe habe, forderte Freud den Nachweis einer spezifischen psychischen Ätiologie, weil auch der Gesunde seine Komplexe habe, und meinte, es komme darauf an, „ob (sie) pathogen geworden sind, und wenn, welche Mechanismen sie dabei in Anspruch genommen haben“. Überdies kämen die Aktualneurosen nur selten rein vor, „häufiger vermengen sie sich miteinander oder mit einer psychoneurotischen Affektion.“ Das aktualneurotische Moment sei „das Sandkorn, welches das Muscheltier (die Psychoneurose) mit den Schichten der Perlmuttersubstanz umhüllt hat.“ Nun kann man mit

¹ Es war nicht möglich, die zahlreichen klinischen Belege, darunter eine ausführlich dargestellte Analyse, im Rahmen dieser Arbeit unterzubringen. Auch die theoretische Zusammenfassung ist nur ein Exrakt aus ausführlichen Erörterungen über das Neurasthenieproblem, die zusammen mit den Belegen an anderer Stelle (im Rahmen einer Untersuchung über die Schicksale der Genitallibido bei den verschiedenen Krankheitsformen) veröffentlicht werden soll.

² „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen.“ (1895, Ges. Schr., Bd. I)

Leichtigkeit bei jeder Psychoneurose den aktualneurotischen Kern nachweisen. Wie verhält es sich aber mit der Psychogenie der Aktualneurosen? Spielt sie neben der somatischen Schädigung überhaupt eine Rolle und wenn, welche? Freud selbst war der Ansicht, daß weitere Untersuchungen über den neurasthenischen Symptomenkomplex auch einen psychogenen Anteil ergeben könnten.¹

Diese Arbeit faßt Ergebnisse zusammen, die durch Analyse von Patienten gewonnen wurden, deren Krankheitsbild vom neurasthenischen Symptomenkomplex (Ermüdungszustände, Reizbarkeit, Arbeitsunlust, Denkfähigkeit, diffuse körperliche Beschwerden, Kopfdruck, habituelle Obstipation, Meteorismus, Übelkeiten, Impotenz in Form der ejaculatio praecox oder ante portas, Spermatorrhoe, Harnträufeln) beherrscht wurde. Einem Fehlgriff bei der theoretischen Auswertung des Materials zum Nachweis des psychogenen Anteils versuchte ich dadurch zu entgehen, daß ich mich methodisch streng an den deskriptiven und genetischen Vergleich des Syndroms mit der Symptomatologie der Hysterie und der Zwangsneurose hielt, d. h. alles, was für diese Krankheitsbilder spezifisch ist, als ätiologisches Moment ausschloß. Im Wesentlichen kommt es mir auf die Darstellung der psychischen Dynamik der Neurasthenie und ihrer Beziehungen zur aktualneurotischen Ätiologie an.

I. Die psychische Ätiologie der „akuten Neurasthenie“

Unter den zahlreichen Fällen, die das Ambulatorium wegen aktualneurotischer Beschwerden aufsuchen, kann man solche unterscheiden, deren Symptome nach einer Periode relativer psychischer Gesundheit akut aufgetreten sind, und andere, die ihre Beschwerden seit der Pubertät oder teilweise sogar seit der Kindheit haben. Die chronischen Fälle zeigen überdies einige Symptome, die bei der akuten Neurasthenie entweder nicht vorkommen oder nur vereinzelt auftreten oder sich erst nach längerem Bestande der Schädigung bilden. Hingegen machen Reizbarkeit, Verstimmung, diffuse körperliche Beschwerden und Ermüdungszustände allein die akute Neurasthenie aus. Sie treten aber nicht nur bei exzessiver Masturbation oder gehäuften Pollutionen auf, sondern man findet sie auch bei folgenden Störungen der Sexualfunktionen: 1) Wenn sich während des Geschlechtsaktes störende Gedanken einstellen, z. B. die Furcht, das Glied sei zu klein und man könne die Frau nicht befriedigen; 2) Wenn zwar nicht exzessiv onaniert wird, aber das Lusterleben während des Aktes durch

Schuldgefühl oder die Furcht, sich zu schädigen, gestört wird; 3) Wenn, auch bei selten ausgeübter Onanie, speziell der Samenverlust für schädlich gehalten wird und der Betreffende sich die Endbefriedigung nicht gestattet oder sie hinausschiebt, bis sie sich gegen seinen Willen, dann allerdings zersplittert, einstellt; 4) Gelegentlich sieht man auch eine akute Neurasthenie auftreten, wenn die Sexualbefriedigung aus irgendeinem Grunde für längere Zeit aufgegeben wurde. Das überrascht umso mehr, als man in solchem Falle eine Angstneurose erwarten sollte, und läßt bereits vermuten, daß zwischen der Ätiologie der Angstneurose und der der Neurasthenie auch Gemeinsamkeiten bestehen. Die Sachlage wird klarer, wenn man den Neurasthenikern mit exzessiver Masturbation jene Fällen gegenüberstellt, die trotz jahrelang fast täglich ausgeübter Onanie keine neurasthenischen Symptome zeigen. Es sind diejenigen, die ihr Schuldgefühl momentan beseitigen oder denen es gelungen ist, ihr Schuldgefühl von der Onanie abzuspalten und anderweitig, z. B. in neurotischen Charaktereigenheiten, unterzubringen: Sie kommen zur Befriedigung, ohne daß das Schuldgefühl störend eingreift.

Federn (a. a. O.) hat als erster darauf hingewiesen, „daß die Onanie umso eher neurasthenische Symptome hervorruft, je weniger befriedigend sie verläuft“. Ferenczi hat akute Neurasthenien bei Fällen konstatiert, die den Koitus mit Unlust ausübten („onanistischer Koitus“), und hat schon in der Diskussion über Onanie gemeint, es wäre möglich, „daß die Wollustwelle normalerweise restlos abklingt, bei der Masturbation aber ein Teil der Erregung sich nicht ödentlich ausgleichen kann: diese restliche Erregungssumme gäbe die Erklärung der Eintagsneurasthenie — vielleicht der Neurasthenie überhaupt“. Allerdings ist dieses Resultat auf das widerspruchsvolle Onanieren allein zu beschränken, sonst müßte jeder Onanist neurasthenisch erkranken. Psychische Hemmungen, die den physiologischen Reizablauf und den Orgasmus unmittelbar störend beeinflussen, bewirken ein Stolpern der Lust, verhindern das jähe orgastische Sinken der Spannung: Die Befriedigung wird zersplittert und es bleibt eine somatische Libidostauung und psychische Spannung zurück, die immer wieder zu masturbatorischen Akten antreibt. So erklärt sich die exzessive Onanie.¹ Wird sie unterdrückt, so stellen sich gehäufte Pollutionen ein: die ständige körperliche Erregung drängt zur Befriedigung, die jedoch wegen der psychischen Hemmungen nicht erfolgen kann, und schafft so rein körperliche Symptome. Auch die akute Neurasthenie beruht somit auf einer Libidostauung, unterscheidet sich aber von der Angstneurose durch den

¹ Onaniediskussion der Wiener PsA. Vereinigung 1911. Ges. Schr. Bd. III.

¹ Bei den Fällen mit exzessiver Onanie ohne Neurasthenie ergibt die Analyse, daß ein verdrängtes Schuldgefühl den normalen Drang zur Befriedigung steigert (Selbstschädigung durch Onanie), ohne diese selbst zu stören.

sexuellen Abusus, der aus dem *circulus vitiosus*: Trieb zur Sexualbefriedigung — psychische Hemmung der orgasmischen Erledigung der Spannung — neuerlicher Drang zur Befriedigung — neuerliche Hemmung u. s. f., hervorgeht. Die akute Neurasthenie hat somit eine direkte somatische und eine indirekte psychische Ätiologie; diese fehlt wohl in keinem Falle und ist die ursprünglichere, indem sie die somatische Irritation selbst bedingt.

II. Der Symptomenkomplex der chronischen Neurasthenie

Wir greifen aus der Fülle der Formen der chronischen Neurasthenie und ihrer Übergänge zu den relativ rein akuten Formen einen Symptomenkomplex heraus, der durch eine charakteristische Koppelung der Symptome gekennzeichnet ist; diese sind: Chronische Obstipation, Meteorismus, andauernder Kopfdruck, Übelkeiten und Appetitlosigkeit, Impotenz in Form der ejaculatio ante portas bei schlaffem oder halbsteifem Gliede, Spermatorrhoe und Harnträufeln; dazu kommen diffuse körperliche Beschwerden sowie Arbeits- und Denkfähigkeit infolge rascher Ermüdung.

a) Die prägenitalen Onanieformen. Vergleicht man die Onanieform und den Inhalt der Onaniephantasien bei der chronischen Form mit denen bei der akuten, so fällt ein bedeutsamer Unterschied auf. Während die akut Erkrankten genital mit Koitusphantasien masturbieren, tun es die chronischen Fälle prägenital ohne Koitusphantasie. Sie pressen, quetschen und drehen das schlaffe oder halbsteife Glied, ziehen daran, drücken es zwischen die Schenkel, onanieren am Skrotum, an der Peniswurzel, perineal oder rektal; in der Phantasie überwiegen masochistische, orale oder anale Phantasien. Sie lassen den Samen passiv abfließen, pressen „die letzten Tropfen aus“, oder sie halten ihn wie den Kot immer wieder zurück. Das alles verhindert ein stetes Ansteigen der Lustkurve, es kommt zu keinem Orgasmus und die sexuelle Spannung, die auch durch diese Form der Reizung sehr gesteigert wird, kommt nicht zur Lösung. Das haben solche chronische Fälle mit den akuten Neurasthenien gemeinsam, nur ist es hier in weit ausgesprochenerem Maße der Fall als dort; der Unterschied liegt darin, daß nicht das Schuldgefühl stört, sondern die prägenitale Form der Sexualbefriedigung vorgezogen wird, die keinen Orgasmus zu vermitteln vermag. Wie ist es aber zu dieser Art der Befriedigung gekommen?

b) Die prägenitale Verwendung des Genitales und die genitale Asthenie. Die Analyse der ejaculatio praecox s. ante portas ergibt eine spezifische Struktur der Libido, von der aus man am besten

zum Verständnis der chronischen Neurasthenie gelangt. Abraham hebt in seiner Arbeit¹ folgende Punkte als charakteristisch hervor: 1) Die ejaculatio praecox ist hinsichtlich der Ausstoßung des Samens eine Miktion. 2) Die Libido dieser Kranken ermangelt der männlichen Aktivität; sie sind schlaff, energielos, unmannlich, wünschen gelegentlich bewußt die weibliche Sexualrolle. 3) Die Genitalzone ist nicht zur Leitzone geworden. 4) Die Oberfläche des Glans penis ist mangelhaft erregbar. 5) Erektion, Inmission, Friktion fallen weg. 6) Diese Kranken haben die normale Einstellung des Mannes zum Weibe nicht erreicht. 7) Der Damm und die hinteren Teile des Skrotums sind besonders erregbar. 8) Die genitalen Lustempfindungen sind im hinteren Teile der Urethra lokalisiert. 9) Die Prognose ist ungünstig, wenn sich die Störung schon in der Pubertät bemerkbar gemacht hat.

Diese Befunde lassen sich bei jener schweren Form der ejaculatio praecox restlos bestätigen, die typischerweise zusammen mit den genannten Symptomen der chronischen Neurasthenie auftritt. Doch gibt es eine leichtere Form, die auch bei Hysterien vorkommt und folgende Charakteristika hat: Sie ist nach einer Periode relativ guter Potenz aufgetreten, der Samenerguß erfolgt gelegentlich auch rhythmisch bei steifem Gliede nach der Inmission; das Glied ist auch außen an der Glans erregbar und in den Onaniephantasien dominiert der Wunsch nach dem Koitus. Wir wollen sie als ej. pr. der genitalen Stufe von der schweren ej. pr. der prägenitalen Stufe unterscheiden. Der analytische Vergleich ergibt nämlich, daß bei jener die genitale Stufe der Libidoentwicklung voll erreicht, der genitale Primat hergestellt wurde, bei dieser hingegen eine primäre Fixierung im Prägenitalen vorliegt und die genitale Stufe gar nicht oder nur höchst unvollkommen erreicht wurde. Nur in einem (weiblichen) von vier analysierten Fällen konnte eine totale Regression festgestellt werden.

Die analen und urethralen Befriedigungen werden sehr häufig vom Ich gebilligt und sind dann völlig unverhüllt, oder sie werden verdrängt, treten aber als „Sexualgewohnheiten“ (Ferenczi) bei den exkrementellen Funktionen ziemlich unverändert wieder auf. Es dominiert die autoerotische Befriedigung und, sofern solche Kranke sich der Frau nähern, auch die Lust, sie mit Kot oder Urin zu beschmutzen bzw. zu beschenken. Nicht nur der Kot, auch der Harn wird verhalten; das Urinieren bei stark gefüllter Blase wird als lustvoll empfunden und hat auch eine masochistische Note (Lust an der Spannung der Blase). Einer meiner Patienten verbrachte am Klosett

¹ Über die Ejaculatio praecox. Int. Ztschr. f. PsA. Bd. V. 1919.

halbe und ganze Stunden damit, den Kot nur stückweise herauszulassen und das Urinieren zu unterbrechen. Er fand Gefallen daran, den Kot „abzuschneiden“ (Selbstkastration). Ein anderer, nicht analysierter Neurastheniker berichtete spontan, daß er sich das Urinieren nur einmal täglich gestatte, angeblich um den Pollutionen zu steuern. Zwei andere Patienten gingen, als sie zur Probe ihrer Potenz eine Prostituierte aufsuchen wollten, aufs Klosett und nach der Defäkation war alle Libido geschwunden. Bei der Onanie wird der Samen häufig zurückgehalten, nicht in erster Linie aus Angst sich zu schädigen, sondern weil er wie die Exkremente behandelt wird. Ein Patient reizte sich bis zur Ejakulation und hörte dann mit den Worten auf: „Nein, du mußt zurück, heraus darfst du nicht.“ Zur prägenitalen Befriedigung treten typischerweise Wünsche hinzu, ganz in den Mutterleib zurückzukehren. Der Penis wird aber nicht nur anal und urethral verwendet, sondern spielt in der Phantasie auch die Rolle der weiblichen Brust; demzufolge bekommt der Samen die Bedeutung der Milch. Das hat seine besonderen Gründe.

Dadurch nämlich, daß die phallische Libido unentwickelt blieb und die anale die führende Strebung wurde, ist die Vateridentifizierung im Ich nicht zustande gekommen, sondern durch die Mutteridentifizierung ersetzt worden, die auf der führenden analen Strebung fußt. Nun bedient sich der Patient des Gliedes als Brust, die er der Frau ebenso reicht, wie sie ihm seinerzeit gereicht worden ist. In den typischen Fällen fließt der Samen bereits ab, wenn sich der Kranke an die Frau anschmiegt. Er wünscht bewußt oder unbewußt an der Brust zu saugen und stellt seine orale Phantasie durch die Samenejakulation dar: Es ist, als zeigte er der Frau, was er von ihr wünscht („Magische Geste“, Liebermann). Das reale oder phantasierte Sagen an der Brust der Frau und das gleichzeitig erfolgende Abfließen des Samens ergänzen so einander zur Darstellung des Wunsches gesängt zu werden. Das scheint der tiefere Sinn der Tatsache zu sein, daß der Patient, wie Abraham feststellte, die Frau „anuriniert“. Ein bereits zitierter Patient hatte ständig das Gefühl, daß der Samen im Gliede sei, und er trachtete ihn „herauszupressen“. Er rief das ständige „Ziehen“ und Kitzeln im Gliede bewußt hervor und konnte es abstellen, als ihm klar wurde, daß er eigentlich Milch „herauszudrücken“ trachtete. Ein anderer Patient hatte als Knabe sein Glied Kameraden zum Sagen angeboten. Ein dritter brachte es noch zur Zeit der Analyse zustande, am eigenen Gliede zu saugen. (Diese Phantasien trifft man, weniger ausgesprochen, auch bei der genitalen ejaculatio praecox an. Doch verbinden sie sich hier nicht mit anderen prägenitalen Wünschen, wie bei der chronischen Neurasthenie, sondern mit normalen genitalen Strebungen.)

Das Samen- und Harnträufeln bekommt dann auch den Sinn, daß aus dem eigenen Gliede (= Brust) Milch fließt. Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß diese Phantasie das Symptom bedingt; dafür dürfte eher der ständige, rein physiologische Reizzustand des Sexualapparates verantwortlich sein, der sich, wie die Urologie nachweist, in einer dauernden Hyperämie des prostatistischen Teiles der Urethra kundgibt. Darin erblicken die Urologen auch die Ursache der ejaculatio praecox. Es wäre jedoch zu erwägen, ob nicht die lokale Hyperämie selbst bereits eine Folge der spezifisch neurasthenischen Art der Onanie sei; denn die Reizung schafft auch normalerweise eine Hyperämie, die mit der orgasmischen Befriedigung wieder vergeht. Wenn nun der Orgasmus, wie wir nachweisen, ausbleibt oder zersplittert wird, vergeht infolgedessen auch die Begleiterscheinung der Spannung, die Hyperämie der Genitalien nicht, und es ist durchaus wahrscheinlich, daß sie sich auf diese Weise chronisch festsetzt. Das würde die Genese der Überempfindlichkeit der inneren Partien des Genitalapparates teilweise erklären.

Fassen wir zusammen: Bei der prägenitalen Form der ejaculatio praecox ist das Genitale in den Dienst der prägenitalen Tendenzen getreten, richtiger ausgedrückt: sie haben es überflutet. Die Ursache ist eine primäre Fixierung im Prägenitalen, das Resultat eine weitgehende Schädigung der erektiven, ejakulativen und orgasmischen Potenz. Wir wollen diesen Zustand als „genitale Asthenie“ bezeichnen; in diesem Begriff ist die deskriptive und genetische Definition der Potenzstörung bei der beschriebenen Form der chronischen Neurasthenie enthalten, die wir von den übrigen Impotenzformen abtrennen müssen, bei denen am Genitale zentrierte psychogenitale Impulse bestehen, die nur gehemmt sind. Die unbewußte Formel der genitalen Asthenie lautet: „Ich will nicht geschlechtlich verkehren, sondern mein Genitale so und so benutzen“, im Gegensatz zur Formel des hysterisch oder zwangsneurotisch Impotenten: „Ich will verkehren, aber ich wage es nicht, weil ich eine Gefahr fürchte.“

c) Die Koppelung und der Sinn der umschriebenen neurasthenischen Symptome. Ein Symptom kann bei verschiedenen Kranken jeweils sowohl einen anderen Sinn wie auch verschiedene Energiequellen haben. Nun kommen die Symptome der chronischen Neurasthenie einzeln auch bei der Hysterie und Zwangsneurose vor. Die Analyse muß dann entscheiden, ob es der neurasthenischen Beimischung oder der eigentlichen Krankheitsform angehört. Ebenso wird man bei der chronischen Neurasthenie untersuchen müssen, ob das eine oder andere Symptom einer hysterischen oder zwangsneurotischen Beimischung entstammt. Denn reine Krankheitsformen wird man kaum jemals antreffen und nur führende

Mechanismen zu unterscheiden haben. Es ist nun für die chronische hypochondrische Neurasthenie typisch, daß ihre unschriebenen Symptome als Syndrom auftreten.

Die Tatsache, daß sich die anale Libido,¹ somatisch und psychisch, nicht auf das anale Gebiet beschränkt, sondern auch das Genitale besetzt, erklärt bereits die Koppelung der habituellen Obstipation mit der ejaculatio praecox. Sie besteht bei den typischen Fällen seit frühester Kindheit, ist der deutlichste Ausdruck der prägenitalen Fixierung und hat zwei hauptsächliche Motive: 1) Ein autoerotisches: Aus der Defäkation wird effektive anale Lust geschöpft; 2) Ein objektlibidinöses. Es besteht eine spezifisch anale Bindung an den Vater auf Grund analer Identifizierung mit der Mutter gleichwertig neben einer spezifisch urethralen und oralen Fixierung an die Mutter. Jener entspricht die Schwangerschaftsphantasie, die man gerade bei Neurasthenikern mit genitaler Asthenie besonders häufig antrifft; sie wird durch die Anhäufung des Kotes dargestellt. Die Obstipation ist manchmal leicht zu beseitigen, wenn man das autoerotische Motiv ganz bewußt macht und die anale Befriedigung verbietet; es gelingt nur schwer, wenn das objektlibidinöse Motiv überwiegt.

Der Meteorismus ist eine Folge des (nicht selten bewußten) Windverhaltens und beruht auf einer spät verdrängten analen Riechlust. Dieses Symptom pflegt überraschend leicht zu schwinden, wenn sich der Patient seiner früher geübten Riechlust erinnert und sich zu ihr bekennt. Schwerer fällt ihre endgültige Verurteilung.

Die interessantesten Ergebnisse liefert die Analyse des Kopfdrucks und der Übelkeiten, die typischerweise mit der Obstipation an- und abschwellen. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß organische Faktoren, wie Intoxikation und Blutdrucksteigerung, eine Rolle spielen. Doch bedingt organische Obstipation nicht immer Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. Der psychische Zusammenhang ist der: Der Kopfdruck wird zumeist als Druck von innen heraus beschrieben, „es ist, als ob etwas den Kopf sprengen wollte“; dasselbe Gefühl begleitet die Spannung im Bauch. Je stärker der Kopfdruck, desto stärker ist auch die Denkfähigkeit.

Der Gedanke wird, wie bereits Jones und Abraham nachgewiesen haben, unbewußt ganz allgemein als Ding, speziell als Kot, aufgefaßt. Überaus häufig fällt hartnäckiges Schweigen mit Obstipation zusammen und vergeht wieder, wenn der Stuhlgang vorübergehend geregelt ist. Im

¹ Von Dr. Hitschmann wurde die Analität des Neurasthenikers in Diskussionen oft hervorgehoben.

Verläufe einer solchen Analyse ergab sich zwanglos der Ausdruck „Gedankenobstipation“ für das neurasthenische Widerstandsschweigen, das bei anderen Patienten sein Gegenstück in einer nicht zu hemmenden Logorrhoe hat („Wortscheißerei“ nach dem Ausdruck eines Patienten).

Ein Neurastheniker bezeichnete die Analyse als den Kübel, in den er seinen „Mist“, i. e. seine Gedanken entleert. Der Gedankenproduktion kommt die unbewußte Bedeutung und der Gefühlswert der Defäkation ganz allgemein, der „Gedankenobstipation“ die der Kotobstipation vielleicht nur in speziellen Fällen zu. Wir werden noch bei der Besprechung der Differentialmechanismen auf die Denklähmung des Neurasthenikers und die Grübelsucht des Zwangsneurotikers zurückkommen.

Eine Patientin pflegte bewußt Gedanken zu unterdrücken, sobald sie im Verlaufe der Assoziationen zu unangenehmen Themen gelangte. Regelmäßig stellten sich auch Druck im Kopf, Müdigkeit und Übelkeiten ein. Gleichzeitig traten Hitzegefühle auf, die wieder vergingen, sobald die „Gedankenobstipation“ wich. Eben solche Hitzegefühle begleiteten aber auch die Darmobstipation.

Die Parallelität dieser Vorgänge in Kopf und Bauch ist damit noch nicht geklärt, denn wir müssen uns fragen, was die Verschiebung der Analität „nach oben“ bedingt hat. Über die Bedingungen einer ähnlichen Verschiebung gibt die Analyse des hysterischen Erbrechens die klarste Antwort: Der Mund und die Schlundzone haben genitale Bedeutung angenommen (Freud, Ferenczi), weil sie sich infolge ihrer hervorragenden Erogenität dazu besonders eigneten. Die orale Fixierung an die Mutterbrust verschmolz mit heterosexuellen genitalen Triebkräften und bildete ein Symptom, z. B. eine Fellatiophantasie, als Kompromiß. Bei der Neurasthenie werden nun nicht genitale, sondern anale Qualitäten nach oben verschoben. Man trifft in erster Linie koprophage Tendenzen an, die sich teils als perverse Phantasien, teils als mit Ekel assoziierte Symptome äußern. Ein Patient mit vollständigem neurasthenischem Syndrom hatte die Phantasie, er müsse seinem Vater zur Strafe den Kot aus der Analfalte wegessen. Ein anderer Patient pflegte mit der Cunnilingusphantasie die Idee zu verbinden, daß er die Frau an der Vagina und am Anus „aussaugen“ müsse. Auch die Lust am Kot zu riechen erwies sich in diesem Falle als ein intendiertes Essenwollen. Derselbe Kranke pflegte sich nie zu waschen und die Socken nie zu wechseln, um zu sehen, „wie lange er es aushalte“.

Die Mischung analer und oraler Tendenzen zur Koprophagie darf man sich auf Grund des Nebeneinander der prägenitalen Fixierungen bei der Neurasthenie wie folgt zustande gekommen denken: In einem sehr frühen

Stadium der libidinösen Entwicklung, etwa zwischen einhalb und eineinhalb Jahren, am Übergang von der oralen zur analen Stufe, pflegen die Kinder auch ihren Kot in den Mund zu nehmen. Hier überdecken sich die beiden Stufen. Die orale ist noch nicht völlig verlassen und die anale weder voll entfaltet, noch auch schon der Versagung erlegen. Da die Schranke des Ekels noch nicht errichtet ist, kann die oral-anale Übergangsphase in koprophagen Tendenzen ihren bleibenden Ausdruck finden, die sich in sehr vielen Fällen jeder Neurosenart spurenweise nachweisen lassen. Beim Neurastheniker ragen sie typischerweise hervor, verfallen aber gewöhnlich der Verdrängung, die mißglückt, wodurch die Appetitlosigkeit und die Übelkeiten zustande kommen. Einen Beweis dafür bot einer meiner Patienten, der seine koprophagen Tendenzen nicht verdrängt und (daher) keine Übelkeiten hatte.

III. Die neurasthenische Hypochondrie

Auch die genaueste Analyse der diffusen hypochondrischen Beschwerden ergibt keinen psychischen Sinn. Solche Beschwerden, insbesondere die Rückenschmerzen, das Ziehen in den Extremitäten usw., treten auch bei der akuten Neurasthenie auf. Manchmal klagen Neurastheniker über rheumatische Beschwerden, die sich dann als typisch hypochondrische Sensationen erweisen. Nun hat Freud gezeigt, daß es sich um reale somatische Sensationen handelt, die man auf Überbesetzung von Organen mit narzißtisch-somatischer Libido beziehen muß; das hat sekundär auch eine psychische Überbesetzung zur Folge, und es hängt nur von der Struktur des Ichs ab, ob die Hypochondrie wahnhaft wird oder nicht. Ferenczi und Schilder haben die Freudschen Annahmen reichlich belegen können. Die neurasthenische Hypochondrie ist nur ein Sonderfall der Hypochondrie überhaupt, und wir haben zwei Fragen zu beantworten: 1) Welcher Art ist die Organlibido in der neurasthenischen Hypochondrie? 2) Wie kam es zu dieser organ-narzißtischen Verwendung der Libido?

Die erste Frage kann leicht und folgerichtig beantwortet werden. Da der somatischen Genitallibido der Weg zum Genitale und die Möglichkeit zur orgastischen Befriedigung genommen ist, weil der Genitalapparat von prägenitalen Erotismen psychisch besetzt wurde, mußte sie diffus im Körper gestaut bleiben. Der ganze Körper ist zum erregten Genitale geworden. Daraus erklären sich einige weitere Symptome der hypochondrischen Neurasthenie. 1) Die Erregungs- und Ermüdungszustände entsprechen der organischen Genitalisierung des Körpers, die Sensationen gleichen weitgehend denen bei frustraner

Erregung. 2) Dieser Tatbestand kommt auch charakterologisch zur Geltung. Es besteht ein ständiger psychischer Drang nach Wiedereroberung der Genitalposition: Die Patienten strengen sich immer wieder an, etwas zu leisten, und erlahmen bald doch wieder. Wohl bei keiner anderen Erkrankung drückt sich die Impotenz charakterologisch so aus wie bei der neurasthenischen Leistungsunfähigkeit. 3) Beim Neurastheniker herrscht die (unbewußte) Idee vor, kastriert zu sein, während beim Hysteriker die Angst, kastriert zu werden, beim Zwangsneurotiker überdies die aktive Kastrationstendenz überwiegt. Auch Wünsche, sich selbst zu kastrieren oder von anderen kastriert zu werden, sind bei keiner Übertragungsneurose so ausgesprochen wie bei der Neurasthenie mit genitaler Asthenie. 4) Beim Neurastheniker herrscht die hypochondrische Beschwerde vor, die von der hypochondrischen Befürchtung zu unterscheiden ist. Jene stellt die endopsychische Wahrnehmung der Libido-stauung und der genitalen Asthenie dar und entspricht der Vorstellung, kastriert zu sein, diese ist reine Kastrationsangst, die sich aber nicht allein auf das Genitale, sondern bereits auf das mit ihm identifizierte Körper-Ich bezieht. Die psychische Identifizierung in der hypochondrischen Befürchtung ist eine Vorstufe, vielleicht eine innere Wahrnehmung der drohenden Gefahr der organischen Genitalisierung.

Zur Klärung der zweiten Frage wagen wir eine Annahme, deren Richtigkeit zwar nicht ebenso bewiesen werden kann, wie unsere Erklärung der umschriebenen Symptome, die sich aber in unsere Auffassung der Neurasthenie sehr gut einfügt und solange berechtigt erscheint, als sie nicht durch eine bessere ersetzt werden kann. Die neurasthenische Fixierung ist durch eine besondere Disposition der analen Zone und durch übermäßig lange lustvolle Betätigung an allen prägenitalen Zonen zustande gekommen; sie wird durch die Eltern, die gewöhnlich ebenfalls anal veranlagt sind, bedeutend gefördert. Die Mütter begünstigen meist durch übermäßiges Beachten der analen Vorgänge eine Fixierung; die Väter erzielen durch Schläge auf die Nates, daß der Sadismus dieser Stufe nicht den Anschluß an die phallische Strebung findet, sondern sehr früh in analen Masochismus verkehrt wird. Das Schuldgefühl wird mit analer Libido besetzt. Der Schritt zur diametral entgegengesetzten phallisch-sadistischen Stufe wird so unmöglich gemacht. Der Kastrationskomplex etabliert sich schon vor der Entfaltung der Genitalität, was für diese am unheilvollsten ist, zumeist auf Grund der Bestrafungen für urethrale Vergehen, wie z. B. Bettnässen. So wird die somatische Genitalität, sofern sie durch Reize angeregt wird, an der Mitwirkung bei der Phantasiebildung verhindert. Die psychische Genitalstrebung wird im Keime

erstickt. Wenn sie aber vom Sexualapparat abgedrängt wird und auch keine psychische Repräsentanz bilden darf, so bleibt nur ein Ausweg: die Rückstauung ins Körperliche, das Verharren in Form der Organlibido. Dieses Schicksal manifestiert sich in schweren Störungen erst in der Pubertät, wenn die gesteigerte innersekretorische Tätigkeit des Hodens den inneren Reiz erhöht und zu orgastischer Entladung drängt. So ist der häufige Befund zu erklären, daß bis zur Pubertät nur Darmstörungen, Bettnässen, allgemeine Ängstlichkeit und Schüchternheit bestanden, während die Erregungs- und Ermüdungszustände, die Pollutionen, die Spermatorrhoe und die hypochondrischen Sensationen erst während oder nach der Pubertät hinzutraten.

IV. Die Differentialmechanismen mit Bezug auf Hysterie und Zwangsneurose

Mit der Hysterie hat die chronische Neurasthenie die Bildung von „Konversionssymptomen“ gemeinsam, der Zwangsneurose steht sie durch ihre prägenitale Fixierung nahe. Welche sind die differenziellen Mechanismen? Bei ihrer Beurteilung muß man unterscheiden: 1) Ob die erogene Zone autoerotisch besetzt blieb, 2) ob sie für eine andere eingetreten ist, 3) die Darstellung einer verdrängten Vorstellung übernommen hat oder 4) ihre Reize charakterologisch verarbeitet wurden. Nun haben die umschriebenen Symptome der Neurasthenie mit der Hysterie das Gemeinsame, daß in ihnen verdrängte Wunschvorstellungen zur entstellten Darstellung gelangen. Doch sind die prägenitalen Zonen bei der Hysterie in den Dienst genitaler Tendenzen getreten und das Genitale selbst hat seine eigentliche Funktion, wenn auch durch Verdrängungen verzerrt, beibehalten. Prägenitale autoerotische Befriedigungen kommen bei der Hysterie sehr selten vor und gehören nicht spezifisch zum hysterischen Mechanismus; er wäre auch ohne sie zustande gekommen. Bei der Neurasthenie dagegen gehören sie den spezifischen Mechanismen an; ohne sie kommt die Krankheit nicht zustande. Ja, der prägenitale Autoerotismus hat hier sogar das Genitale erfaßt. Vollzieht sich die libidinöse Verschiebung bei der Hysterie durch Ausbreitung der genitalen Libido auch auf die anderen erogenen Zonen („Genitalisierung“), so bei der Neurasthenie umgekehrt durch anale und orale Erotisierung des bereits urethral betonten Genitales. Die führenden Objektbeziehungen der Hysterie sind spezifisch genitale, die der Neurasthenie spezifisch prägenitale. Wenn bei der Hysterie prägenitale Objektbeziehungen vorkommen, so sind sie

sekundär durch Flucht vor der Genitalität zustande gekommen und daher den genitalen untergeordnet. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es das breite Gebiet der hysterisch-neurasthenischen Mischformen, insbesondere bei Frauen, die weit seltener an chronischer Neurasthenie erkranken als Männer. Die männliche Neurasthenie scheint hingegen an Häufigkeit der weiblichen Hysterie nicht nachzustehen und imponiert geradezu als die „männliche Hysterie der prägenitalen Stufe.“

Von der Zwangsneurose unterscheidet sich die chronische Neurasthenie zunächst rein deskriptiv dadurch, daß hier die charakterologischen Reaktionsbildungen fehlen oder nicht derart das Bild beherrschen wie dort. Allerdings kommt kein Symptom ohne Reaktionsbildung zustande; doch kommt es darauf an, ob sie sich auf den Symptombereich beschränkt oder die Gesamtpersönlichkeit erfaßt wie es für die Zwangsneurose typisch ist. Hier kommen unverhüllte prägenitale Autoerotismen nicht vor, wohl ist aber der Charakter, nachdem sie verdrängt wurden, aus ihnen hervorgegangen. Beim Neurastheniker spielt sich der Krankheitsprozeß vorwiegend im Körperlichen, bei der Zwangsneurose vorwiegend im Bereiche des Intellektes ab. Zweifel und Ambivalenz beherrschen zwar auch den Neurastheniker. Doch kann das mit der Psyche des prägenital Fixierten ganz allgemein zusammenhängen; Ambivalenz, Zweifel und Mißtrauen sind überdies Attribute jeder Erkrankung. Ein vollwertiges Äquivalent des Zwangsgrübelns ist die neurasthenische Denkfähigkeit, die sich analytisch auf ein unbewußtes Grübeln, auf ein ständiges Beschäftigtsein mit meist prägenitalen Phantasien zurückführen läßt. Hier gibt es viele Gemeinsamkeiten; so ist bei beiden z. B. der Geburtsvorgang ein typischer Gegenstand analer Grübeleien. Doch hat der Neurastheniker ein Grübeln mit negativem Vorzeichen; er ist „zerstreut“ oder er kann überhaupt nicht denken, während der Zwangsneurotiker ordentlich, aber zu viel und im Kreise denkt, weil er aus Ambivalenz nicht zu Ende denken kann. Man wird im einzelnen Falle zu entscheiden haben, ob die Obstipation, an der Zwangsneurotiker so oft leiden, ein hysterisches oder ein neurasthenisches Konversionssymptom ist. Ferner fällt beim Vergleich auf, daß der Zwangsneurotiker seinen Sadismus vorwiegend gegen die Außenwelt kehrt, während der Neurastheniker ihn fast restlos als Masochismus gegen die eigene Person wendet.¹

Die Darstellung der genetischen Differenzierung wollen wir aus-

¹ Hier sei auf eine Mischform zwischen beiden Krankheitsformen hingewiesen, die man am besten als „Zwangsneurose mit multipler Perversion“ bezeichnen könnte; sie weist zwangsneurotische und neurasthenische Symptome und Mechanismen in annähernd gleichem Maße auf.

fürlich an anderer Stelle vornehmen. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß die Zwangsneurose durch eine Regression auf Grund einer mehr oder weniger latenten sadistisch-analen Fixierung zustande kommt (Freud), daher auch über mächtige genitale Impulse verfügt, während die Neurasthenie sich gerade durch die primäre Entwicklungshemmung auf der prägenitalen Stufe und die mangelhafte Aktivierung der genitalen Stufe auszeichnet.

Eine Tabelle möge die Unterschiede zwischen den drei Psychoneurosen übersichtlicher machen:

Mechanismen der	charakteristische Fixierung	führende sexuelle Objektbeziehung	Verwendung der		Charakteristische Impotenzform
			prägenitalen Libido	genitalen Libido	
Angst- und Konversions-hysterie	genital	genital ambivalent	mit genitaler gemischt	in Angst und Konversions-symptomen, ev. genitaler Onanie	erektive Impotenz oder genital-urethrale ejaculatio praecox
Zwangsneurose	durch Regression anal-sadistisch (masochistisch)	reaktive Liebe oder Haß, verdrängte Genitalität von prägenitalen Beziehungen überdeckt	hauptsächlich charakterologisch verarbeitet (Reaktionsbildung)	in phallisch-sadistischen Antrieben verankert oder in genitaler Zwangsmasturbation	Ideologische Askese, Tabu der Erektion (Penis als Mordwaffe)
chronischen hypochondrischen Neurasthenie	primär anal-urethral-masochistisch. (partiell oral)	prägenital, gew. anal zum Vater, urethral und oral zur Mutter (gilt für beide Geschlechter)	autoerotisch tätig und in den zirkumskripten Symptomen als Objektlibido gebunden	als diffuse Organlibido in den hypochondrischen Beschwerden	Genitale Asthenie; anal-urethrale ejaculatio praecox (ante portas)

V. Zur Prognose der hypochondrischen Neurasthenie

Wir haben den extremen Typ gezeichnet, der realiter nur annähernd vorkommt. Zumeist haben wir es mit Mischformen zu tun, bei denen die beschriebenen Mechanismen überwiegen. Die Analyse der neurasthenisch-hysterischen Mischform ergibt, daß umso mehr hypochondrische Züge das Bild durchsetzen, je größer der Anteil der diffusen primären Organlibido und je kleiner der an Phantasien gebundene und konvertierte oder in Angst verwandelte genitale Libidobetrag ist. Das hängt davon ab, in welchem Ausmaß der Patient in der Kindheit genitale Libido Objekten zuwenden konnte. Die Erfahrung lehrt auch, daß die analytische Therapie automatisch zunächst an der hysterischen Beimischung ansetzt. Das ist leicht zu begreifen, ist doch die hysterisch

verarbeitete Libido als genitale Objektliebe am leichtesten, die hypochondrisch verarbeitete organ-narzißtische gar nicht übertragbar. In die hysterische Libidoübertragung fließen dann organ-libidinöse Beträge nach. Das bestätigt meine Ansicht, daß die Prognose einer Neurose hauptsächlich von der Stärke und Übertragungsfähigkeit der genitalen Objektliebe bestimmt wird. Die therapeutisch schwierigsten Fälle sind die relativ reinen und alten hypochondrischen Neurasthenien. Die Prognose wird daher mit dem Ausmaß an Beimischungen aus dem Bereiche der Hysterie und Zwangsneurose besser. Haltungen des Neurasthenikers, die der Heilung widerstreben und zum großen Teile von der genitalen Asthenie abhängen, sind: Die überragende Femininität, der anale Masochismus, der das Schuldgefühl am stärksten zu festigen imstande ist, ferner der effektive, dazu prägenitale Lustgewinn, dessen Verzicht so schwer fällt, und letztens der prägenitale Infantilismus.

Soweit unsere Erfahrungen reichen, sind aber die sinnvollen Symptome der chronischen Neurasthenie bis auf die ejaculatio praecox der analytischen Beeinflussung nicht schwerer zugänglich als hysterische Symptome. Die Dauerhaftigkeit des Erfolges hängt freilich davon ab, inwieweit der Patient imstande und willens ist, die prägenitale Verwendung des Gliedes aufzugeben und es in den Dienst der Genitalität zu stellen. Erst dann können die diffusen körperlichen Beschwerden verschwinden. Den überzeugendsten Eindruck von der therapeutischen Wirksamkeit des genitalen Orgasmus gewinnt man, wenn nach einer befriedigenden Onanie sämtliche Beschwerden mit einem Schlage verschwinden, was überaus selten vorkommt. Doch wird der Verzicht auf prägenitale Befriedigung gewöhnlich nur sehr schwer geleistet, auch wenn man zur aktiven Therapie im Sinne Ferenczis greift, ohne die man in solchen Fällen überhaupt nichts erzielen kann.

Diese prognostische Beurteilung der chronischen hypochondrischen Neurasthenie mit genitaler Asthenie entspricht unserem derzeitigen Wissen und Können. Es bleibt zu erwarten, daß vertiefte Kenntnis der normalen genitalen Struktur und ihrer pathologischen Veränderungen uns Mittel an die Hand geben wird, auch dieser so schweren Erkrankung leichter beizukommen.

Eingegangen im Oktober 1925.

Über die Quellen der neurotischen Angst

Ein Beitrag zur Theorie der psychoanalytischen Therapie

Von
Wilhelm Reich
Wien

Als kausale Psychotherapie hat die Psychoanalyse zunächst die Aufgabe, den Sinn der manifesten und der larvierten neurotischen Angst bewußt zu machen; erst nachdem dies gelungen ist, vermag sie ihre Quellen zu beeinflussen, die, wie Freud gezeigt hat, letzten Endes Triebenergien sind. Die therapeutische Beeinflussung bedeutet nur eine Neuordnung der Triebe im Sinne einer der Realität besser angepaßten Zusammensetzung. Doch unterscheiden sich die Quellen der neurotischen Angst untereinander durch verschiedene dynamische Wertigkeit. Die Dauerheilung, die die Psychoanalyse erzielen will, wird nur durch die gelungene Beeinflussung der dynamisch vollwertigsten Angstquelle garantiert. Man kann nun die ätiologische Wertigkeit der Angstquellen nach ihrer gegenseitigen Abhängigkeit beurteilen: Man wird diejenigen als sekundäre Angstquellen bezeichnen, die 1. ihre pathogene Wirksamkeit erst während des neurotischen Regressions- und Verdrängungsprozesses entfalteten und 2. ihre dynamische Kraft vorwiegend aus anderer Quelle beziehen.

Freud hat als erster nachgewiesen, daß sexuelle Abstinenz oder inadäquate Befriedigung unmittelbar Angst erzeugen kann.¹ Diese „Aktualangst“ beruht auf somatischer Libidostauung und schwindet, wenn diese Schädigung behoben wird. Ferner fand er, daß Angst auch dadurch zustande kommt, daß dem moralischen Ich die Unterdrückung einer libidinösen Triebregung nur unvollständig gelingt: der verdrängte Trieb kehrt als Angst wieder, d. h., diese ist die Angst des Ichs vor seinem Triebanspruch. Da jede Sexualverdrängung eine Stauung der somatischen Libido

hervorrufen, ist die Aktualangst der Kern jeder neurotischen Angst. Komplizierter wurde die Sachlage, als Freud¹ in der Angst, die bei der Geburt entwickelt wird, das Vorbild jeder Angst zu erkennen glaubte. Es ist Ranks² Verdienst, daß wir heute der Geburtsangst größere Bedeutung beimessen; wir werden aber zu untersuchen haben, ob man die Geburtsangst als die Urquelle der Angst hinstellen darf. Im Gegensatz dazu hat Adler³ seinerzeit die Angst einzig und allein auf die Unterdrückung aggressiver Tendenzen zurückgeführt. Die akute Angstentwicklung nach Ligatur der Vasa deferentia, die eine Steigerung der inneren Sekretion der Pubertätsdrüse zur Folge hat,⁴ beweist experimentell die Richtigkeit der Auffassung Freuds von der Aktualangst. Doch sprechen viele klinische Tatsachen für die Annahme einer „Aggressionsangst“ und im Querschnittsbilde zahlreicher Neurosen ist die Geburtsangst die dynamisch wirksamste Angstquelle. Wie verhalten sich nun die bekanntesten Angstquellen: Libidostauung, Geburtstrauma und unterdrückte Aggressivität zueinander?

Die meisten Neurosen setzen, wie wir wissen, mit einer Entwicklungshemmung in der genitalen Ödipusphase ein. Die Folge davon kann sein: eine Fixierung auf der Stufe der genital-inzestuösen Objektliebe oder eine Regression zu früheren Stufen der Entwicklung, die seinerzeit unter Hinterlassung latenter Fixierungsstellen überschritten wurden (Freud). Dort entsteht eine Hysterie, hier eine Zwangsneurose oder eine ihr verwandte Erkrankung. Die Libido hält aber an der spezifischen Fixierungsstelle nicht nur starr fest, sondern sie versucht auch ständig Positionen zu erreichen, die für andere Neurosenbilder typisch sind. So bedingen die Klebrigkeit der Libido und die Starrheit der Fixierungen die typische Krankheitsform, beide vereint mit der Labilität die Mischform. Die Klebrigkeit läßt sich auf den Wiederholungszwang zurückführen, der sich im Bereiche des Lustprinzips besonders machtvoll durchsetzt⁵; doch ist auch die Labilität nicht regellos, sondern zeigt Gesetzmäßigkeiten auf Grund gewisser Wechselbeziehungen der Partialtriebe: Sie kommen in der (in jedem Falle besonderen) Schichtung der sinnvollen Inhalte der Angst und ihrer Quellen zum Ausdruck. Bei der Zwangsneurose z. B., für die die manifeste Angst nicht charakteristisch ist, kommen auch hysterische und melancholisch-depressive Symptome vor. In der Analyse zeigt es sich,

1) Freud: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (Ges. Schriften, Bd. VII).

2) Rank: Das Trauma der Geburt, 1924 (Internat. PsA. Bibl., Bd. XIV).

3) Adler: Über neurotische Dispositionen (Jahrb. f. psA. Forschungen 1909) und „Der nervöse Charakter“, 2. Aufl., 1919.

4) Federn: Vortrag auf dem VII. Int. PsA. Kongreß in Berlin 1922.

5) Reich: Zur Triebenergetik (Ztschr. f. Sex.-Wiss. 1923).

1) Freud: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen, 1895. (Ges. Schriften, Bd. I.)

daß die Libido von der sadistisch-analen Fixierungsstelle sehr oft zu genitaler Neubesetzung von Objekten vorstößt, unter hysteriformer Angstentfaltung zur zwangsneurotischen Position zurückflutet und sie verstärkt, oder sogar pendelartig die oral-melancholische akut aktiviert: auf den mißglückten genitalen Vorstoß folgen orale Introjektionsmechanismen. In analoger Weise reagieren manche hysterische Patienten auf die befreiende Arbeit der Analyse zuerst mit akuter Verschärfung der Genitalangst, dann mit einer passagären Regression zum analen Sadismus; es verstärkt sich die zwangsneurotische Beimischung oder es treten passagäre Zwangssymptome auf. Daß durch Zwangssymptome Genitalangst gebunden wird, kann man an den Zwangsneurosen sehen, die sich nach der Lösung ihrer Fixierungen, ehe sie zur Heilung kommen, in eine Angsthysterie verwandeln; diese ist eine Neuauflage der in der Kindheit erlebten Angsthysterie: die genitale Stufe wurde zunächst unter Angstentfaltung neu-besetzt. Im Gegensatz dazu findet man, daß Hysterien vom oralen Typus, im besonderen Patienten mit Asthma bronchiale, auf Mißglücken eines Vorstoßes der Genitalität, der durch die Behebung der Verdrängung angeregt wurde, mit einer akuten Verstärkung der Mutterleibssehnsucht und Geburtsangst reagieren. Das entspricht ganz der Libidoentwicklung solcher Fälle: das Kind entwickelte die genitale Objektliebe, erfuhr eine Versagung, die es zunächst angsthysterisch zu überwinden suchte, reaktivierte dann seine orale Position und sehnte sich schließlich in den Mutterleib zurück, der in der Phantasie den Schutz vor den Gefahren dieser Welt darstellt. Man darf nun verallgemeinern, daß das Zurückweichen der Libido von der mit Kastrationsangst besetzten Genitalposition zur Mutterleibsphantasie, mindestens in Ansätzen, in jeder Neurose vorkommt. So ist es zu erklären, daß man im Querschnittsbilde der meisten Neurosen die Mutterleibssehnsucht und -angst findet; die analytische Betrachtung des Längsschnittes solcher Fälle zeigt jedoch, daß ihre Aktivierung die Folge des neurotischen Verdrängungs- und Regressionsprozesses, nicht aber deren Ursache war.¹ Sekundär haben sie allerdings besondere Symptome geschaffen, an deren Bildung auch der Inzestwunsch beteiligt war. Die Mutterleibsphantasie bekommt nämlich einen inzestuösen Sinn: es entsteht, besonders häufig bei Frauen, die Phantasie, im Mutterleib vom Vater koitiert zu werden. Bezieht nicht vielleicht die von Rank hervorgehobene Mutterleibsangst ihre stärksten Beiträge aus der Inzestscheu? Eine ähnliche Frage erhebt sich bei der Annahme Ranks, daß die Kastrationsangst

¹) Das zeigt sich z. B. auch während der analytischen Behandlung: die Deutung der Mutterleibssehnsucht wird unvergleichlich leichter akzeptiert als die des Inzestwunsches.

letzten Endes auf der Angst vor dem mütterlichen Genitale beruhe, das an das Trauma der Geburt erinnere. Wie sollte das Kind diese Angstvorstellung schon bei der Geburt akquirieren? Wenn es aber später das weibliche Genitale wahrnimmt und nach Vergleich mit dem männlichen mit Angst besetzt, so ist das Kastrationsangst. Obgleich nun die Geburtsangst die ontogenetisch ältere ist und vielleicht aus diesem Grunde die Angst so häufig ihre Inhalte, wie Erstickung, Dunkelheit, enger Raum usw., aus dem Prozeß der Geburt schöpft, ist sie — ihrer dynamischen Wertigkeit nach — eine sekundäre Angstquelle und ihr Wirksamwerden die Folge pathogener Regression. Als primäre Angstquelle dürfte sie nur dort wirken, wo bereits die ersten postnatalen Entwicklungsschritte auf grobe äußere Schwierigkeiten stießen, also etwa bei ersten Störungen in der oralen Phase.

Die Mutterleibssehnsucht ist somit der Ausdruck einer Flucht ohne Abwehr; sie äußert sich charakterologisch in extremer kindlicher Passivität. Im Gegensatz dazu zeigt der zwangsneurotische Charakter eine Flucht vor den genitalen Inzestkonflikten mit aggressiver Abwehr: vorherrschende sadistische Aktivität beim Manne, aggressive Männlichkeit beim Weibe. Im Beginne der Analyse sieht man, daß jeder Vorstoß genitaler Objektliebe in der Übertragung an der Schranke der Inzestscheu und Kastrationsangst gebremst und die Aggressivität verstärkt wird. Dieser Verstärkung kann eine akute Angstentfaltung vorangehen oder sie folgt ihr nach und macht dann den Eindruck reiner Gewissensangst. Die Reihenfolge der Aktionen und Reaktionen ist schematisch die: Vorstoß genitaler Objektliebe — Angst, kastriert zu werden — Abwehr dieser Gefahr durch sadistische Aggression (aktive Kastration) — Verstärkung der Kastrations- und Gewissensangst — neuerliche Abwehr u. s. f., oder auch mächtige Verdrängung der maskierten Aggressivität und Depression. Es hängt von der Intensität der analen Libido, die zur Passivität disponiert, ab, ob die (phallische) Aggressivität im analen Masochismus verkehrt wird. Es zeigt sich nämlich ganz im Sinne Federns,¹ daß phallische Genitalität und Sadismus einerseits, Analität und Masochismus andererseits zu einander spezifische Affinitäten haben. Dynamisch ausgedrückt: Die phallische Erotik ist dem Manifestbleiben des Sadismus, die Analität seiner Verkehrung in (anal) Masochismus förderlich. Wurde die Kastrationsangst in den Wunsch, kastriert zu werden, die Strafangst in Strafbedürfnis, der Sadismus in Masochismus verkehrt, so tritt an die Stelle der Versuche, die genitale Position zu behaupten oder wieder

¹) Federn: Beiträge zur Analyse des Sadismus und Masochismus (Internat. Zschr. f. PsA. 1913, 1914).

zu erobern, die Tendenz, sie ganz aufzugeben und die Mutterleibssituation oder ihr nahestehende Fixierungen zu beleben. Im Bilde der Neurose tritt dann die Genitalangst beträchtlich zurück. Masochistische Wünsche sind gelegentlich Folge der Angst: ihre Erfüllung befriedigt im Sinne Reiks und Alexanders das Strafbedürfnis und hebt durch die ideell vollzogene Selbstkastration die Genitalangst auf. Hat der masochistische Patient in der Analyse den Mut zur Hervorkehrung des Sadismus wieder gewonnen, so pflegt die Genitalangst wieder zu erwachen; beides ist ein Zeichen der Gesundung. Wir werden an anderer Stelle nachweisen, daß das Schicksal der Destruktionstrieb und die Strenge des Über-Ichs von der Art der erogenen Fixierung abhängen. Hier wollen wir nur festhalten, daß das strafende Über-Ich des genital Fixierten weit weniger mächtig ist als das des prägenital Fixierten. Man darf programmatisch den Standpunkt vertreten, daß dem weiteren Ausbau der Freudschen Lehre von der Struktur der Persönlichkeit eine detaillierte klinische Fundierung der Ichpsychologie durch die Sexualtheorie vorangehen müsse. Sieht man somit im Verhältnis der Sexualtriebe zu den Destruktionstrieben das Kernproblem der Ichpsychologie, so verspricht die Untersuchung der Frage, woher die Aggressionsangst ihre Energien bezieht, einige grundsätzliche vorbereitende Klärungen.

Der Sinn der Aggressionsangst ist ursprünglich die Befürchtung des Individuums, selbst zerstört zu werden, wenn es sich egoistisch und antisozial benimmt. Soweit später die sublimierende Wendung des Destruktionstriebes gegen die eigene Person gelingt und dadurch moralische Hemmungen verstärkt werden, bekommt die Aggressionsangst den Sinn der Angst vor dem eigenen Gewissen (Freud). Es gibt also, dem Sinne nach, eine Aggressionsangst, wie es eine libidinöse Angst gibt. Die Frage ist nur, ob bei ihr auch die Quelle in der Energie des Destruktionstriebes liegt, analog wie die Libidostauung die Quelle der Sexualangst ist. Dazu einige Tatsachen:

Wenn triebhafte Charaktere ihre sadistischen Impulse bremsen, tritt Angst auf. Die Energie der unterdrückten Aggression scheint also — bei oberflächlicher Betrachtung — ganz im Sinne Adlers die Quelle der Angst zu sein. Diese Angst schwindet aber nicht, wenn die Impulse durchgeführt werden, wie die Aktualangst nach der Sexualbefriedigung vergeht, sondern sie tritt im Gegenteil verstärkt auf. Es könnte nun der soziale Sinn der Aggressionsangst diesen qualitativen Unterschied gegenüber der libidinösen bedingen. Deckt man aber die individuelle Genese der Aggressivität auf, so findet man typische Beziehungen zu den Schicksalen der Libido. Im späteren Leben sadistisch-aggressive Triebmenschen gelangten nämlich in früher Kindheit zu voller sexueller Befriedigung und

waren zuerst bloß libidinös triebhaft. Die Aggressivität erwachte erst nach der gewaltsamen Unterdrückung der Sexualbefriedigung durch die Eltern oder deren Stellvertreter. Die brutale Versagung der Inzestliebe wurde um so härter empfunden, als sie durch reale Libidobefriedigung mächtig gesteigert war. Die frühzeitige Introjektion der brutalen Liebesobjekte schuf ein nach innen und außen sadistisches Ichideal; es wurde weniger Aggressivität in der Moralität gebunden und die Liebesfähigkeit von Haß und Sadismus überwuchert. Mit anderen Worten: Die Versagung der Sexualbefriedigung hat die Aggressivität hervorgerufen, die nunmehr durch Mischung mit verdrängten Sexualtrieben sexuelle Färbung annahm. Erst jetzt verdiente sie die Bezeichnung „Sadismus“.

Diese Auffassung von der individuellen Entstehung des Sadismus, die sich aus der Analyse triebhafter Psychopathen mit zwingender Klarheit ergab, läßt sich auch auf dem Gebiete der triebgehemmten Neurosen reichlich belegen. Jede Versagung einer Triebbefriedigung schafft Ambivalenz (Graber) und die Bereitschaft zu sadistischen Racheaktionen. Ob es zur Tat kommt, wie beim triebhaften Charakter, oder zu totaler Triebhemmung, hängt von dem Ausmaß der Identifizierungen, von der Art und Intensität der Versagungen, sowie vom Zeitpunkt ab, in dem sie das Lust-Ich trafen.¹ Im besonderen zeigen die Reaktionen während der analytischen Behandlung und der Verlauf der Heilung, daß die Intensität der Aggressionsneigungen vom jeweiligen Zustand der Libidostauung abhängt. Hierzu einige Beispiele: neurotische Frauen pflegen zur Zeit der Menstruation in hohem Grade gereizt und aggressiv oder deprimiert zu sein. Die Psychiatrie sieht in der menstruellen Verstimmung eine direkte Folge des somatischen Menstruationsprozesses und versucht, sie durch Organotherapie zu beeinflussen. Die Analyse zeigt dagegen, daß die Aggressivität eine psychische Reaktion auf die Genitalblutung ist und die Depression teils der narzißtischen Kränkung, teils der Verdrängung der aggressiven Wünsche entspricht (Schuldgefühl). Erlangen solche Frauen durch die Analyse die volle orgastische Potenz, so machen die menstruellen Verstimmungen einer wahrscheinlich innersekretorisch und lokal bedingten sexuellen Erregtheit Platz; ist doch auch normalerweise die Libido knapp vor, während und nach der Menstruation gesteigert. Sie treibt aber keine Aggressivität mehr hervor, weil das penislose Genitale akzeptiert wurde, der Sexualwunsch vom Über-Ich gebilligt wird und die Erwartung der Befriedigung durch den Mann nicht Haß erzeugt wie beim neurotischen Weibe, sondern die Liebesbereitschaft steigert.

¹) S. Reich: Der triebhafte Charakter, 1925 (Neue Arb. z. ärztl. Psychoanalyse, Nr. IV).

Männliche Zwangsneurotiker mit sadistischen Impulsen verwenden in der Phantasie meist phallische Symbole: Messer, Revolver, Axt usw. Die Impulse weichen aber nicht sogleich, wenn ihr Sinn aufgedeckt wurde, sondern erst, wenn die genitale Objektliebe die Oberhand gewonnen hat und befriedigt oder sublimiert wurde. Sind solche Kranke erektiv potent, so leidet der Orgasmus unter den Schuldgefühlen, die sich mit den destruktiven Tendenzen verbinden. Die Zersplitterung des Orgasmus erhöht wieder die Aggressionsneigung; die Verdrängung, die demzufolge einsetzt, schafft die Rationalisierungen der asketischen Ideologie, der Koitus sei schmutzig (anal) und tierisch (sadistisch). Ebenso ergibt die Analyse von Ehegatten, die einander quälen oder roh behandeln, als wesentlichste Ursache sexuelles Unbefriedigtsein. Der Wandlung glücklicher Ehen in schlechte geht eine zuerst unbemerkte Abstumpfung der genitalen Anziehung voraus.

Das phlegmatische Wesen des vor der Pubertät kastrierten Eunuchen zeigt, daß der Destruktionstrieb machtlos ist, wenn die Quelle des libidinösen Zuschusses fehlt. Kastrierte Tiere, wie Kapaune, Ochsen usw., sind überhaupt nicht aggressiv. Dagegen sind Stiere und Hengste um so aggressiver, je seltener sie zu den Weibchen gelangen. Nach dem Akte flaut auch ihre Aggressivität ab. Will man Wachthunde recht scharf erhalten, so legt man sie an die Kette und hält sie von läufigen Hündinnen fern. Das Winseln und Heulen der Kettenhunde hat eine deutlich angstvolle Note. Enragierte Sportsleute, die in ihren Betätigungen aggressive Tendenzen befriedigen (Boxen, Fußball usw.), behaupten, daß der Geschlechtsverkehr sportlichen Höchstleistungen hinderlich sei.

Man darf somit behaupten, daß die Libidostauung die nachweisbare individuelle Quelle der destruktiven Aggressivität ist und der Sadismus diesem Zusammenhang sein Dasein verdankt. Es kann derzeit nicht entschieden werden, ob es einen von Sexualstreben freien Destruktionstrieb gibt. Was als unerotische Aggressivität erscheint, entpuppt sich, wenn man nur geduldig wartet, als Erfolg einer äußeren oder inneren Versagung der Sexualbefriedigung. Die sexuelle Befriedigung bindet ihn, indem ihm die Energiequelle entzogen wird. Fällt sie weg, wie beim Frühkastraten, so kommt er nach außen gar nicht zum Vorschein. Die Betrachtung des Klimakteriums und Seniums zeigt wieder seine Abhängigkeit vom Zustand der somatischen Libidoquelle: Im Beginne der Involution empört sich der Klimakterische zunächst durch erhöhte sexuelle Aktivität („Aktivitätsschub“, H. Deutsch), später wird er mißmutig, zänkisch, gelegentlich grausam, bis schließlich in der senilen Involution die biologische Wirksamkeit des Destruktionstriebes sich nach innen voll entfaltet. Seine Abhängigkeit von der Libido

als Energiequelle ist demnach einzuschränken auf seine psychische Wirksamkeit nach außen.

Der biologische Sinn, den Freud dem Destruktionstrieb beigelegt hat, legt die Annahme nahe, daß die neurotische Todesangst ein direkter Abkömmling der biologischen Tendenz, das Leben zu vernichten, sei. Und tatsächlich pflegt die neurotische Angst zu sterben sowie ihre Variationen, wie die allgemeine Vernichtungsangst und die Angst vor Weltkatastrophen, besonders ausgesprochen bei den Fällen zu sein, deren Schuldgefühl als Zeichen entmischter Destruktionstriebe auf Selbstvernichtung zielt. Die bewußte Todesangst könnte der endopsychischen Wahrnehmung dieser Tendenz entsprechen. In der Analyse verliert sich jedoch die Todesangst, wie lärmend sie auch vorher war, und wird restlos durch Kastrationsangst und Mutterleibsschmerz oder -angst ersetzt. Identifiziert sich das körperliche und seelische Ich mit dem Genitale, so entsteht hypochondrische Sterbensangst oder allgemeine Katastrophenangst. Daß sich Kastrations- und Mutterleibsangst zur Todesangst zusammensetzen können, war in einem Fall zu sehen, wo der Tod als ein Abtrennen des Körpers von der Seele vorgestellt wurde: der Körper, der unbewußt den Penis bedeutete, verschwand im Mutterleib. „Leben ist . . . für das Ich gleichbedeutend mit Geliebtwerden . . .“¹ Auch bei realer Gefahr reagiert das Ich mit den Mechanismen, die für die Herstellung der neurotischen Todesangst bereitliegen: Es sieht „sich von allen schützenden Mächten verlassen und läßt sich sterben. Es ist übrigens immer noch dieselbe Situation, die dem ersten großen Angstzustand der Geburt und der infantilen Sehnsuchtsangst zugrunde lag, die der Trennung von der schützenden Mutter“ (Freud, l. c.). Eine eigene unbewußte Repräsentanz der Todesangst kann in der Analyse nicht nachgewiesen werden. Nach einer privaten Mitteilung meint Ferenczi, daß sie auch als archaischer Bestandteil des Unbewußten nicht da sei, weil ja die beim Sterben erlebte Todesangst nicht vererbt wird. Der Tod ist überdies ein Begriff mit negativem Inhalt und kann als solcher nach Freud unbewußt nicht vorhanden sein. Will man aber an einer irreduziblen, biologisch begründeten Todesangst festhalten, so bleibt nur die Auskunft übrig, daß sie sich psychisch nur als Kastrations- und Mutterleibsangst äußern kann.

Das Schuldgefühl ist, wie Freud nachgewiesen hat, eine besondere Form der Angst vor dem strafenden und geliebten Vater, der ins Ich aufgenommen wurde und hier als strenges Gewissen weiterherrscht. Wichtige

¹) „Das Ich und das Es.“ F. Deutsch bemerkte in einer Diskussion, daß die Sterbensangst nicht die Angst vor dem Nichtsein, sondern vor dem Verlust des Lebens sei, das im Unbewußten nur die Möglichkeit, Lust zu gewinnen, bedeutet

klinische Tatsachen sprechen jedoch gegen die Gleichsetzung von Strafbedürfnis mit unbewußtem Schuldgefühl. Nicht jedes Schuldgefühl drängt zur Selbstbestrafung; diese ist im Grunde ein Versuch, sich von der quälenden Gewissensangst zu befreien, und geht vom Lust-Ich aus, das sich unter dem Deckmantel der Moral dem Über-Ich (i. e. Vater) masochistisch hingibt; in manchen Fällen gilt die Bestrafung bloß einem introjizierten Objekt.

Kehren wir zum Ausgangspunkte unserer Untersuchung zurück: Welche Rolle spielen die verschiedenen Quellen der Angst im analytischen Heilungsprozesse? Wir fanden, ohne für diese Antwort voreingenommen gewesen zu sein, bei der theoretischen Ableitung die Intensität der Geburts- und Aggressionsangst von der jeweiligen Libidostauung abhängig und stützen uns weiter auf die Tatsache, daß sowohl die vorübergehende wie die dauernde therapeutische Reaktion auf die Erledigung der verschiedenen Angstquellen verschieden ist. Bei gelungener analytischer Lösung der Neurose werden nämlich die Mutterleibssehnucht und die Aggressivität aufgegeben, bzw. anderen Tendenzen untergeordnet oder „sublimiert“; die Genitalität hingegen gibt nur ihr inzestuöses Objekt auf, behält aber ihr Sexualziel bei. Warum hat hier die Befreiung von der Angst automatisch ein verstärktes Hinstreben zum Gegenstand der Strebung, dort eine Abkehr zur Folge? Man pflegt dieses Resultat als Erfolg der Therapie im stillen vorauszusetzen, ohne sich Rechenschaft darüber zu geben, warum derselbe therapeutische Prozeß, die Befreiung von der Angst, so Gegensätzliches leistet. Das ist gewiß nicht selbstverständlich. Die Erfahrung lehrt aber weiter: 1) Die Mutterleibssehnucht und die Aggressivität werden trotz aller analytischen Einsicht nicht aufgegeben, wenn die Kastrationsangst nicht analysiert wurde (Refraktärbleiben), oder es strömt die zum Teil befreite Libido nach einem schwachen Vorstoß zur Genitalposition zu den früheren Fixierungsstellen zurück (Rezidive). 2) Es gibt Fälle, die, ohne vollständig analysiert worden zu sein, auch dauernd symptomfrei bleiben. Das sind diejenigen, bei denen die Analyse zuerst an den genitalen Fixierungen angriff und sie vollständig lösen konnte, ehe tiefere Fixierungen die Übertragungssituation komplizieren konnten. Die von der Kastrationsangst befreite Genitallibido konnte automatisch andere Wünsche außer Kraft setzen,¹ indem

¹ Die Dauerheilungen durch palliative Psychotherapie, über die gelegentlich berichtet wird, dürften auf einer suggestiv ermöglichten Überwindung der genitalen Hemmungen beruhen. Die Spontanheilungen von Hysterien, z. B. nach einer Heirat, lassen sich so erklären. Das Problem, wodurch das Schuldgefühl beseitigt wird, besteht fort.

die orgastische Lösung der Libidostauung die Bereitschaft zu regredieren praktisch beseitigte. 3) Wenn das genitale Primat in der Kindheit unvollständig zur Ausbildung kam, so überwiegt trotz der Analyse sämtlicher Angstquellen „der Zug zum Mutterleib“, bzw. die Neigung zur prägenitalen Befriedigung.¹

Die genitale Objektliebe ist somit der mächtigste Gegner des Destruktionstriebes, des prägenitalen Masochismus, der Mutterleibssehnucht und des strafenden Über-Ichs. Ihre Befriedigung beseitigt die Libidostauung, den Kern jeder neurotischen Angst, und bindet den Destruktionstrieb, indem er als phallischer Sadismus beim Manne, als vaginaler Masochismus beim Weibe mitbefriedigt wird. Diese Überlegenheit des „lebenerhaltenden“ Eros über den Destruktionstrieb ist die objektive Rechtfertigung unserer therapeutischen Bemühungen. Die individuelle Quelle des Lebenstriebes ist der somatische Sexualapparat; eine analoge individuelle Quelle des Todestriebes kann man, wenigstens derzeit, nicht nachweisen. Der „primäre Masochismus“ (Freud) ist als Quelle des Todestriebes nur hypothetisch; klinisch ist nur der „sekundäre Masochismus“ faßbar, der als ein gegen die eigene Person gewendeter Sadismus (Freud) seine Energien aus erotischer Quelle bezieht. Man mag die Existenz eines biologischen Todestriebes zur Erklärung des Destruktionstriebes supponieren. Das ist eine naturphilosophische Frage. Den individuellen Tod kann man sich auch als eine Folge des Versiegens der individuellen Quelle des Eros erklären: mit der klimakterischen Involution setzt auch die senile ein; manche Insekten sterben nach dem Hochzeitsflug.

Die Untersuchung der Frage, warum die somatische Libidostauung als Angst zum Vorschein komme, wird an anderer Stelle erfolgen.

Hier muß der Versuch, das klinische Fundament der Psychoanalyse, das ist die Lehre von der Verdrängung und Libidostauung, mit ihrem spekulativen Überbau, der Hypothese des Todestriebes, zu verbinden, abgebrochen werden. Doch führte der Versuch, uns die therapeutischen Ziele klarzumachen, zum Ausgangspunkt der psychoanalytischen Forschung, zur Lehre von der Libidostauung und Aktualangst zurück.

¹ S. Reich: „Über Genitalität“ (Int. Ztschr. f. PsA. 1924) und „Über die chronische hypochondrische Neurasthenie“ (Int. Ztschr. f. PsA. 1926).