

durch Ignoranz wirklich von der durch bewußte Ablehnung verschieden ist, ob nicht auch die Adoleszenten viel häufiger sexuelle Kenntnis besitzen, als man von ihnen vermeint und als sie sich selbst zutrauen.

Eine weitere Abweichung im psychischen Mechanismus dieses Falles liegt darin, daß die Szene der Entdeckung, welche wir als „auxiliäre“ bezeichnet haben, gleichzeitig auch den Namen einer „traumatischen“ verdient. Sie wirkt durch ihren eigenen Inhalt, nicht bloß durch die Erweckung der vorhergehenden traumatischen Erlebnisse, sie vereinigt die Charaktere eines „auxiliären“ und eines traumatischen Moments. Ich sehe in diesem Zusammenfallen aber keinen Grund, eine begriffliche Scheidung aufzugeben, welcher bei anderen Fällen auch eine zeitliche Scheidung entspricht. Eine andere Eigentümlichkeit des Falles Katharina, die übrigens seit langem bekannt ist, zeigt sich darin, daß die Konversion, die Erzeugung der hysterischen Phänomene nicht unmittelbar nach dem Trauma, sondern nach einem Intervalle von Inkubation vor sich geht. Charcot nannte dieses Intervall mit Vorliebe die „Zeit der psychischen Ausarbeitung“.

Die Angst, an der Katharina in ihren Anfällen leidet, ist eine hysterische, d. h. eine Reproduktion jener Angst, die bei jedem der sexuellen Traumen auftrat. Ich unterlasse es hier, den Vorgang auch zu erläutern, den ich in einer ungemein großen Anzahl von Fällen als regelmäßig zutreffend erkannt habe, daß die Ahnung sexueller Beziehungen bei virginalen Personen einen Angstaffekt hervorruft.¹

1) [Zusatz 1924:] Nach so vielen Jahren getraue ich mich die damals beobachtete Diskretion aufzuheben und anzugeben, daß Katharina nicht die Nichte, sondern die Tochter der Wirtin war, das Mädchen war also unter den sexuellen Versuchungen erkrankt, die vom eigenen Vater ausgingen. Eine Entstellung wie die an diesem Falle von mir vorgenommene sollte in einer Krankengeschichte durchaus vermieden werden. Sie ist natürlich nicht so belanglos für das Verständnis wie etwa die Verlegung des Schauplatzes von einem Berge auf einen anderen.

Fräulein Elisabeth v. R . . .

Im Herbst 1892 forderte ein befreundeter Kollege mich auf, eine junge Dame zu untersuchen, die seit länger als zwei Jahren an Schmerzen in den Beinen leide und schlecht gehe. Er fügte der Einladung bei, daß er den Fall für eine Hysterie halte, wenngleich von den gewöhnlichen Zeichen der Neurose nichts zu finden sei. Er kenne die Familie ein wenig und wisse, daß die letzten Jahre derselben viel Unglück und wenig Erfreuliches gebracht hätten. Zuerst sei der Vater der Patientin gestorben, dann habe die Mutter sich einer ernsten Operation an den Augen unterziehen müssen und bald darauf sei eine verheiratete Schwester der Kranken nach einer Entbindung einem alten Herzleiden erlegen. An allem Kummer und aller Krankenpflege habe unsere Patientin den größten Anteil gehabt.

Ich gelangte nicht viel weiter im Verständnisse des Falles, nachdem ich das vierundzwanzigjährige Fräulein zum ersten Male gesehen hatte. Sie schien intelligent und psychisch normal und trug das Leiden, welches ihr Verkehr und Genuß verkümmerte, mit heiterer Miene, mit der „*belle indifférence*“ der Hysterischen, mußte ich denken. Sie ging mit vorgebeugtem Oberkörper, doch ohne Stütze, ihr Gang entsprach keiner als pathologisch bekannten Gangart, war übrigens keineswegs auffällig schlecht. Es lag eben

nur vor, daß sie über große Schmerzen beim Gehen, über rasch auftretende Ermüdung dabei und im Stehen klagte und nach kurzer Zeit die Ruhe aufsuchte, in der die Schmerzen geringer waren, aber keineswegs fehlten. Der Schmerz war unbestimmter Natur, man konnte etwa entnehmen: eine schmerzhaft Müdigkeit. Eine ziemlich große, schlecht abgegrenzte Stelle an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels wurde als der Herd der Schmerzen angegeben, von dem dieselben am häufigsten ausgingen und wo sie ihre größte Intensität erreichten. Dort war auch Haut und Muskulatur ganz besonders empfindlich gegen Drücken und Kneipen, Nadelstiche wurden eher etwas gleichgültig hingenommen. Nicht bloß an dieser Stelle, sondern so ziemlich im ganzen Umfange beider Beine war dieselbe Hyperalgesie der Haut und der Muskeln nachweisbar. Die Muskeln waren vielleicht noch schmerzhafter als die Haut, unverkennbar waren beide Arten von Schmerzhaftigkeit an den Oberschenkeln am stärksten ausgebildet. Die motorische Kraft der Beine war nicht gering zu nennen, die Reflexe von mittlerer Intensität, alle anderen Symptome fehlten, so daß sich kein Anhaltspunkt für die Annahme ernsterer organischer Affektion ergab. Das Leiden war seit zwei Jahren allmählich entwickelt, wechselte sehr in seiner Intensität.

Ich hatte es nicht leicht, zu einer Diagnose zu gelangen, entschloß mich aber aus zwei Gründen, der meines Kollegen beizupflichten. Fürs erste war es auffällig, wie unbestimmt alle Angaben der doch hochintelligenten Kranken über die Charaktere ihrer Schmerzen lauteten. Ein Kranker, der an organischen Schmerzen leidet, wird, wenn er nicht etwa nebenbei nervös ist, diese bestimmt und ruhig beschreiben, sie seien etwa lanzinierend, kämen in gewissen Intervallen, erstreckten sich von dieser bis zu dieser Stelle und würden nach seiner Meinung durch diese und jene Einflüsse hervorgerufen. Der Neurastheniker,¹ der seine

¹) (Hypochonder, mit Angstneurose Behaftete.)

Schmerzen beschreibt, macht dabei den Eindruck, als sei er mit einer schwierigen geistigen Arbeit beschäftigt, die weit über seine Kräfte geht. Seine Gesichtszüge sind gespannt und wie unter der Herrschaft eines peinlichen Affektes verzerrt, seine Stimme wird schriller, er ringt nach Ausdruck, weist jede Bezeichnung, die ihm der Arzt für seine Schmerzen vorschlägt, zurück, auch wenn sie sich später als unzweifelhaft passend herausstellt; er ist offenbar der Meinung, die Sprache sei zu arm, um seinen Empfindungen Worte zu leihen, diese Empfindungen selbst seien etwas Einziges, noch nicht Dagewesenes, das man gar nicht erschöpfend beschreiben könne, und darum wird er auch nicht müde, immer neue Details hinzuzufügen, und wenn er abbrechen muß, beherrscht ihn sicherlich der Eindruck, es sei ihm nicht gelungen, sich dem Arzte verständlich zu machen. Das kommt daher, daß seine Schmerzen seine ganze Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Bei Frl. v. R. war das entgegengesetzte Verhalten, und man mußte daraus schließen, da sie doch den Schmerzen Bedeutung genug beilegte, daß ihre Aufmerksamkeit bei etwas anderem verweilte, wovon die Schmerzen nur ein Begleitphänomen seien, wahrscheinlich also bei Gedanken und Empfindungen, die mit den Schmerzen zusammenhängen.

Noch mehr bestimmend für die Auffassung der Schmerzen mußte aber ein zweites Moment sein. Wenn man eine schmerzhaft Stelle bei einem organisch Kranken oder einem Neurastheniker reizt, so zeigt dessen Physiognomie den unvermischten Ausdruck des Unbehagens oder des physischen Schmerzes; der Kranke zuckt ferner zusammen, entzieht sich der Untersuchung, wehrt ab. Wenn man aber bei Frl. v. R. die hyperalgische Haut und Muskulatur der Beine kneipte oder drückte, so nahm ihr Gesicht einen eigentümlichen Ausdruck an, eher den der Lust als des Schmerzes, sie schrie auf — ich mußte denken, etwa wie bei einem wollüstigen Kitzel, — ihr Gesicht rötete sich, sie warf den Kopf zurück, schloß die Augen, der Rumpf bog sich nach rückwärts, das alles

war nicht sehr grob, aber doch deutlich ausgeprägt und ließ sich nur mit der Auffassung vereinigen, das Leiden sei eine Hysterie, und die Reizung habe eine hysterische Zone betroffen.

Die Miene paßte nicht zum Schmerze, den das Kneipen der Muskeln und Haut angeblich erregte, wahrscheinlich stimmte sie besser zum Inhalte der Gedanken, die hinter diesem Schmerze steckten und die man in der Kranken durch Reizung der ihnen assoziierten Körperstellen weckte. Ich hatte ähnlich bedeutungsvolle Mienen bei Reizung hyperalgischer Zonen wiederholt in sicheren Fällen von Hysterie beobachtet; die anderen Gebärden entsprachen offenbar der leichtesten Andeutung eines hysterischen Anfalles.

Für die ungewöhnliche Lokalisation der hysterogenen Zone ergab sich zunächst keine Aufklärung. Daß die Hyperalgesie hauptsächlich die Muskulatur betraf, gab auch zu denken. Das häufigste Leiden, welches die diffuse und lokale Druckempfindlichkeit der Muskeln verschuldet, ist die rheumatische Infiltration derselben, der gemeine chronische Muskelrheumatismus, von dessen Eignung, nervöse Affektionen vorzutäuschen, ich bereits gesprochen habe. Die Konsistenz der schmerzhaften Muskeln bei Frl. v. R. widersprach dieser Annahme nicht, es fanden sich vielfältig harte Stränge in den Muskelmassen, die auch besonders empfindlich schienen. Wahrscheinlich lag also eine im angegebenen Sinne organische Veränderung der Muskeln vor, an welche sich die Neurose anlehnte, und deren Bedeutung die Neurose übertrieben groß erscheinen ließ.

Die Therapie ging auch von einer derartigen Voraussetzung eines gemischten Leidens aus. Wir empfahlen Fortsetzung einer systematischen Knetung und Faradisierung der empfindlichen Muskeln ohne Rücksicht auf den dadurch entstehenden Schmerz, und ich behielt mir die Behandlung der Beine mit starken Franklin'schen Funkenentladungen vor, um mit der Kranken in Verkehr bleiben zu können. Ihre Frage, ob sie sich zum Gehen zwingen solle, beantworteten wir mit entschiedenem Ja.

Wir erzielten so eine leichte Besserung. Ganz besonders schien sie sich für die schmerzhaften Schläge der Influenzmaschine zu erwärmen, und je stärker diese waren, desto mehr schienen sie die eigenen Schmerzen der Kranken zurückzudrängen. Mein Kollege bereitete unterdes den Boden für eine psychische Behandlung vor, und als ich nach vierwöchentlicher Scheinbehandlung eine solche vorschlug und der Kranken einige Aufschlüsse über das Verfahren und seine Wirkungsweise gab, fand ich rasches Verständnis und nur geringen Widerstand.

Die Arbeit, die ich aber von da an begann, stellte sich als eine der schwersten heraus, die mir je zugefallen waren, und die Schwierigkeit, von dieser Arbeit einen Bericht zu geben, reiht sich den damals überwundenen Schwierigkeiten würdig an. Ich verstand auch lange Zeit nicht, den Zusammenhang zwischen der Leidensgeschichte und dem Leiden zu finden, welches doch durch diese Reihe von Erlebnissen verursacht und determiniert sein sollte.

Wenn man eine derartige kathartische Behandlung unternimmt, wird man sich zuerst die Frage vorlegen: Ist der Kranken Herkunft und Anlaß ihres Leidens bekannt? Dann bedarf es wohl keiner besonderen Technik, sie zur Reproduktion ihrer Leidensgeschichte zu vermögen; das Interesse, das man ihr bezeugt, das Verständnis, das man sie ahnen läßt, die Hoffnung auf Genesung, die man ihr macht, werden die Kranke bestimmen, ihr Geheimnis aufzugeben. Bei Fräulein Elisabeth war mir von Anfang an wahrscheinlich, daß sie sich der Gründe ihres Leidens bewußt sei, daß sie also nur ein Geheimnis, keinen Fremdkörper im Bewußtsein habe. Man mußte, wenn man sie ansah, an die Worte des Dichters denken: „Das Mäskchen da weissagt verborgnen Sinn.“¹

Ich konnte also zunächst auf die Hypnose verzichten, mit dem Vorbehalte allerdings, mich später der Hypnose zu bedienen, wenn sich im Verlaufe der Beichte Zusammenhänge ergeben sollten, zu

1) Es wird sich ergeben, daß ich mich hierin doch geirrt hatte.

deren Klärung ihre Erinnerung etwa nicht ausreichte. So gelangte ich bei dieser ersten vollständigen Analyse einer Hysterie, die ich unternahm, zu einem Verfahren, das ich später zu einer Methode erhob und zielbewußt einleitete, zu einem Verfahren der schichtweisen Ausräumung des pathogenen psychischen Materials, welches wir gerne mit der Technik der Ausgrabung einer verschütteten Stadt zu vergleichen pflegten. Ich ließ mir zunächst erzählen, was der Kranken bekannt war, achtete sorgfältig darauf, wo ein Zusammenhang rätselhaft blieb, wo ein Glied in der Kette der Verursachungen zu fehlen schien, und dräng dann später in tiefere Schichten der Erinnerung ein, indem ich an jenen Stellen die hypnotische Erforschung oder eine ihr ähnliche Technik wirken ließ. Die Voraussetzung der ganzen Arbeit war natürlich die Erwartung, daß eine vollkommen zureichende Determinierung zu erweisen sei; von den Mitteln zur Tieferforschung wird bald die Rede sein.

Die Leidensgeschichte, welche Fräulein Elisabeth erzählte, war eine langwierige, aus mannigfachen schmerzlichen Erlebnissen gewebte. Sie befand sich während der Erzählung nicht in Hypnose, ich ließ sie aber liegen und hielt ihre Augen geschlossen, ohne daß ich mich dagegen gewehrt hätte, wenn sie zeitweilig die Augen öffnete, ihre Lage veränderte, sich aufsetzte u. dgl. Wenn sie ein Stück der Erzählung tiefer ergriff, so schien sie mir dabei spontan in einen der Hypnose ähnlicheren Zustand zu geraten. Sie blieb dann regungslos liegen und hielt ihre Augen fest geschlossen.

Ich gehe daran, wiederzugeben, was sich als oberflächlichste Schichte ihrer Erinnerungen ergab. Als jüngste von drei Töchtern hatte sie, zärtlich an den Eltern hängend, ihre Jugend auf einem Gute in Ungarn verbracht. Die Gesundheit der Mutter war vielfach getrübt durch ein Augenleiden und auch durch nervöse Zustände. So kam es, daß sie sich besonders innig an den heiteren und lebenskundigen Vater anschloß, der zu sagen pflegte, diese

Tochter ersetze ihm einen Sohn und einen Freund, mit dem er seine Gedanken austauschen könne. Soviel das Mädchen an intellektueller Anregung bei diesem Verkehre gewann, so entging es doch dem Vater nicht, daß sich dabei ihre geistige Konstitution von dem Ideal entfernte, welches man gerne in einem Mädchen verwirklicht sieht. Er nannte sie scherzweise „keck und recht-haberisch“, warnte sie vor allzu großer Bestimmtheit in ihren Urteilen, vor ihrer Neigung, den Menschen schonungslos die Wahrheit zu sagen, und meinte oft, sie werde es schwer haben, einen Mann zu finden. Tatsächlich war sie mit ihrem Mädchentum recht unzufrieden, sie war von ehrgeizigen Plänen erfüllt, wollte studieren oder sich in Musik ausbilden, empörte sich bei dem Gedanken, in einer Ehe ihre Neigungen und die Freiheit ihres Urteiles opfern zu müssen. Unterdes lebte sie im Stolze auf ihren Vater, auf das Ansehen und die soziale Stellung ihrer Familie und hütete eifersüchtig alles, was mit diesen Gütern zusammenhing. Die Selbstlosigkeit, mit welcher sie sich vorkommendenfalls gegen ihre Mutter und ihre älteren Schwestern zurücksetzte, söhnte die Eltern aber voll mit den schrofferen Seiten ihres Charakters aus.

Das Alter der Mädchen bewog die Familie zur Übersiedlung in die Hauptstadt, wo sich Elisabeth eine Weile an dem reicheren und heiteren Leben in der Familie erfreuen durfte. Dann aber kam der Schlag, der das Glück dieses Hauses zerstörte. Der Vater hatte ein chronisches Herzleiden verborgen oder selbst übersehen; eines Tages brachte man ihn bewußtlos nach einem ersten Anfälle von Lungenödem nach Hause. Es folgte eine Krankenpflege von eineinhalb Jahren, in welcher sich Elisabeth den ersten Platz am Bette sicherte. Sie schlief im Zimmer des Vaters, erwachte nachts auf seinen Ruf, betreute ihn tagsüber und zwang sich, selbst heiter zu scheinen, während er den hoffnungslosen Zustand mit liebenswürdiger Ergebenheit ertrug. Mit dieser Zeit der Krankenpflege mußte der Beginn ihres Leidens zusammenhängen,

denn sie konnte sich erinnern, daß sie im letzten Halbjahre der Pflege eineinhalb Tage wegen solcher Schmerzen im rechten Beine zu Bette geblieben sei. Sie behauptete aber, diese Schmerzen seien bald vorübergegangen und hätten weder ihre Sorge noch ihre Aufmerksamkeit erregt. Tatsächlich war es erst zwei Jahre nach dem Tode des Vaters, daß sie sich krank fühlte und ihrer Schmerzen wegen nicht gehen konnte.

Die Lücke, die der Tod des Vaters in dem Leben dieser aus vier Frauen bestehenden Familie hinterließ, die gesellschaftliche Vereinsamung, das Aufhören so vieler Beziehungen, die Anregung und Genuß versprochen hatten, die jetzt gesteigerte Kränklichkeit der Mutter, dies alles trübte die Stimmung unserer Patientin, machte aber gleichzeitig in ihr den heißen Wunsch rege, daß die Ihrigen bald einen Ersatz für das verlorene Glück finden möchten, und hieß sie ihre ganze Neigung und Sorgfalt auf die überlebende Mutter konzentrieren.

Nach Ablauf des Trauerjahres heiratete die älteste Schwester einen begabten und strebsamen Mann in ansehnlicher Stellung, der durch sein geistiges Vermögen zu einer großen Zukunft bestimmt schien, der aber im nächsten Umgange eine krankhafte Empfindlichkeit, ein egoistisches Beharren auf seinen Launen entwickelte, und der zuerst im Kreise dieser Familie die Rücksicht auf die alte Frau zu vernachlässigen wagte. Das war mehr, als Elisabeth vertragen konnte; sie fühlte sich berufen, den Kampf gegen den Schwager aufzunehmen, so oft er Anlaß dazu bot, während die anderen Frauen die Ausbrüche seines erregbaren Temperaments leicht hinnahmen. Für sie war es eine schmerzliche Enttäuschung, daß der Wiederaufbau des alten Familienglücks diese Störung erfuhr, und sie konnte es ihrer verheirateten Schwester nicht vergeben, daß diese in frauenhafter Fügsamkeit bestrebt blieb, jede Parteinahme zu vermeiden. Eine ganze Reihe von Szenen war Elisabeth so im Gedächtnis geblieben, an denen zum Teil nicht ausgesprochene Beschwerden gegen ihren ersten

Schwager hafteten. Der größte Vorwurf aber blieb, daß er einem in Aussicht gestellten Avancement zuliebe mit seiner kleinen Familie in eine entfernte Stadt Österreichs übersiedelte und so die Vereinsamung der Mutter vergrößern half. Bei dieser Gelegenheit fühlte Elisabeth so deutlich ihre Hilflosigkeit, ihr Unvermögen, der Mutter einen Ersatz für das verlorene Glück zu bieten, die Unmöglichkeit, ihren beim Tode des Vaters gefaßten Vorsatz auszuführen.

Die Heirat der zweiten Schwester schien Erfreulicheres für die Zukunft der Familie zu versprechen, denn dieser zweite Schwager war, obwohl geistig minder hochstehend, ein Mann nach dem Herzen der feinsinnigen, in der Pflege aller Rücksichten erzogenen Frauen, und sein Benehmen söhnte Elisabeth mit der Institution der Ehe und mit dem Gedanken an die mit ihr verknüpften Opfer aus. Auch blieb das zweite junge Paar in der Nähe der Mutter, und das Kind dieses Schwagers und der zweiten Schwester wurde der Liebling Elisabeths. Leider war das Jahr, in dem dies Kind geboren wurde, durch ein anderes Ereignis getrübt. Das Augenleiden der Mutter erforderte eine mehrwöchentliche Dunkelkur, welche Elisabeth mitmachte. Dann wurde eine Operation für notwendig erklärt; die Aufregung vor derselben fiel mit den Vorbereitungen zur Übersiedlung des ersten Schwagers zusammen. Endlich war die von Meisterhand ausgeführte Operation überstanden, die drei Familien trafen in einem Sommeraufenthalte zusammen, und die durch die Sorgen der letzten Monate erschöpfte Elisabeth hätte nun in der ersten, von Leiden und Befürchtungen freien Zeit, die dieser Familie seit dem Tode des Vaters gegönnt war, sich voll erholen sollen.

Gerade in die Zeit dieses Sommeraufenthaltes fällt aber der Ausbruch von Elisabeths Schmerzen und Gehschwäche. Nachdem sich die Schmerzen eine Weile vorher etwas bemerklich gemacht hatten, traten sie zuerst heftig nach einem warmen Bade auf, das sie im Badhause des kleinen Kurortes nahm. Ein langer Spazier-

gang, eigentlich ein Marsch von einem halben Tage, einige Tage vorher, wurde dann in Beziehung zum Auftreten dieser Schmerzen gebracht, so daß sich leicht die Auffassung ergab, Elisabeth habe sich zuerst „übermüdet“ und dann „erkühlt“.

Von jetzt ab war Elisabeth die Kranke der Familie. Ärztlicher Rat veranlaßte sie, noch den Rest dieses Sommers zu einer Badekur in Gastein zu verwenden, wohin sie mit ihrer Mutter reiste, aber nicht, ohne daß eine neue Sorge aufgetaucht wäre. Die zweite Schwester war neuerdings gravid, und Nachrichten schilderten ihr Befinden recht ungünstig, so daß sich Elisabeth kamm zur Reise nach Gastein entschließen wollte. Nach kaum zwei Wochen des Gasteiner Aufenthalts wurden Mutter und Schwester zurückgerufen, es ginge der jetzt bettlägerigen Kranken nicht gut.

Eine qualvolle Reise, auf welcher sich bei Elisabeth Schmerzen und schreckhafte Erwartungen vermengten, dann gewisse Anzeichen auf dem Bahnhofe, welche das Schlimmste ahnen ließen, und dann, als sie ins Zimmer der Kranken traten, die Gewißheit, daß sie zu spät gekommen waren, um von einer Lebenden Abschied zu nehmen.

Elisabeth litt nicht nur unter dem Verluste dieser Schwester, die sie zärtlich geliebt hatte, sondern fast ebenso sehr unter den Gedanken, die dieser Todesfall anregte, und unter den Veränderungen, die er mit sich brachte. Die Schwester war einem Herzleiden erlegen, das durch die Gravidität zur Verschlimmerung gebracht worden war.

Num tauchte der Gedanke auf, Herzkrankheit sei das väterliche Erbteil der Familie. Dann erinnerte man sich, daß die Verstorbene in den ersten Mädchenjahren eine Chorea mit leichter Herzaffektion durchgemacht hatte. Man machte sich und den Ärzten den Vorwurf, daß sie die Heirat zugelassen hätten, man konnte dem unglücklichen Witwer den Vorwurf nicht ersparen, die Gesundheit seiner Frau durch zwei aufeinanderfolgende Graviditäten ohne Pause gefährdet zu haben. Der traurige Eindruck, daß, wenn einmal die so seltenen

Bedingungen für eine glückliche Ehe sich getroffen hätten, dieses Glück dann solch ein Ende nähme, beschäftigte die Gedanken Elisabeths von da an ohne Widerspruch. Ferner aber sah sie wiederum alles in sich zerfallen, was sie für die Mutter ersehnt hatte. Der verwitwete Schwager war untröstlich und zog sich von der Familie seiner Frau zurück. Es scheint, daß seine eigene Familie, der er sich während der kurzen und glücklichen Ehe entfremdet hatte, den Moment günstig fand, um ihn wieder in ihre eigenen Bahnen zu ziehen. Es fand sich kein Weg, die frühere Gemeinschaft aufrecht zu halten; ein Zusammenwohnen mit der Mutter war aus Rücksicht auf die unverheiratete Schwägerin untunlich, und indem er sich weigerte, den beiden Frauen das Kind, das einzige Erbteil der Toten, zu überlassen, gab er ihnen zum ersten Male Gelegenheit, ihn der Härte zu beschuldigen. Endlich — und dies war nicht das am mindesten Peinliche — hatte Elisabeth dunkle Kunde von einem Zwiste bekommen, der zwischen beiden Schwägern ausgebrochen war, und dessen Anlaß sie nur ahnen konnte. Es schien aber, als ob der Witwer in Vermögensangelegenheiten Forderungen erhoben hätte, die der andere Schwager für ungerechtfertigt hinstellte, ja die er mit Rücksicht auf den frischen Schmerz der Mutter als eine arge Erpressung bezeichnen konnte. Dies also war die Leidensgeschichte des ehrgeizigen und liebebedürftigen Mädchens. Mit ihrem Schicksale grollend, erbittert über das Fehlschlagen all ihrer kleinen Pläne, den Glanz des Hauses wiederherzustellen; — ihre Lieben teils gestorben, teils entfernt, teils entfremdet; — ohne Neigung, eine Zuflucht in der Liebe eines fremden Mannes zu suchen, lebte sie seit eineinhalb Jahren, fast von jedem Verkehre abgeschieden, der Pflege ihrer Mutter und ihrer Schmerzen.

Wenn man an größeres Leid vergessen und sich in das Seelenleben eines Mädchens versetzen wollte, konnte man Fräulein Elisabeth eine herzliche menschliche Teilnahme nicht versagen. Wie stand es aber mit dem ärztlichen Interesse für diese Leidens-

geschichte, mit den Beziehungen derselben zu ihrer schmerzhaften Gehschwäche, mit den Aussichten auf Klärung und Heilung dieses Falles, die sich etwa aus der Kenntnis dieser psychischen Traumen ergaben?

Für den Arzt bedeutete die Beichte der Patientin zunächst eine große Enttäuschung. Es war ja eine aus banalen seelischen Erschütterungen bestehende Krankengeschichte, aus der sich weder erklärte, warum die Betroffene an Hysterie erkranken mußte, noch wieso die Hysterie gerade die Form der schmerzhaften Abasie angenommen hatte. Es erhellte weder die Verursachung noch die Determinierung der hier vorliegenden Hysterie. Man konnte etwa annehmen, daß die Kranke eine Assoziation hergestellt hatte zwischen ihren seelischen schmerzlichen Eindrücken und körperlichen Schmerzen, die sie zufällig zur gleichen Zeit verspürt hatte, und daß sie nun in ihrem Erinnerungsleben die körperliche Empfindung als Symbol der seelischen verwendete. Welches Motiv sie etwa für diese Substituierung hatte, in welchem Momente diese vollzogen wurde, dies blieb unaufgeklärt. Es waren dies allerdings Fragen, deren Aufstellung bisher den Ärzten nicht geläufig gewesen war. Man pflegte sich mit der Auskunft zufrieden zu geben, die Kranke sei eben von Konstitution eine Hysterika, die unter dem Drucke intensiver, ihrer Art nach beliebiger Erregungen hysterische Symptome entwickeln könne.

Noch weniger als für die Aufklärung schien durch diese Beichte für die Heilung des Falles geleistet zu sein. Es war nicht einzusehen, welchen wohltätigen Einfluß es für Fräulein Elisabeth haben könnte, die all ihren Familienmitgliedern wohlbekannte Leidensgeschichte der letzten Jahre auch einmal einem Fremden zu erzählen, der ihr dafür eine mäßige Teilnahme bezeugte. Es war auch kein solcher Heilerfolg der Beichte zu bemerken. Die Kranke versäumte während dieser ersten Periode der Behandlung niemals, dem Arzte zu wiederholen: Es geht mir aber noch immer schlecht, ich habe dieselben Schmerzen wie früher, und wenn sie mich

dabei listig-schadenfroh anblickte, konnte ich etwa des Urteiles gedenken, das der alte Herr v. R. über seine Lieblingstochter gefällt: Sie sei häufig „keck“ und „schlimm“; ich mußte aber doch zugestehen, daß sie im Rechte war.

Hätte ich in diesem Stadium die psychische Behandlung der Kranken aufgegeben, so wäre der Fall des Fräuleins Elisabeth v. R. wohl recht belanglos für die Theorie der Hysterie geworden. Ich setzte meine Analyse aber fort, weil ich der sicheren Erwartung war, es werde sich aus tieferen Schichten des Bewußtseins das Verständnis sowohl für die Verursachung als auch für die Determinierung des hysterischen Symptoms gewinnen lassen.

Ich beschloß also, an das erweiterte Bewußtsein der Kranken die direkte Frage zu richten, an welchen psychischen Eindruck die erste Entstehung der Schmerzen in den Beinen geknüpft sei.

Zu diesem Zwecke sollte die Kranke in tiefe Hypnose versetzt werden. Aber leider mußte ich wahrnehmen, daß meine dahinzielenden Prozeduren die Kranke in keinen andern Zustand des Bewußtseins brachten, als jener war, in dem sie mir ihre Beichte abgelegt hatte. Ich war noch herzlich froh, daß sie es diesmal unterließ, mir triumphierend vorzuhalten: „Sehen Sie, ich schlafe ja nicht, ich bin nicht zu hypnotisieren.“ In solcher Notlage geriet ich auf den Einfall, jenen Kunstgriff des Drückens auf den Kopf anzuwenden, über dessen Entstehungsgeschichte ich mich in der vorstehenden Beobachtung der Miß Lucy ausführlich geäußert habe. Ich führte ihn aus, indem ich die Kranke aufforderte, mir unfehlbar mitzuteilen, was in dem Momente des Druckes vor ihrem inneren Auge auftauche oder durch ihre Erinnerung ziehe. Sie schwieg lange und bekannte dann auf mein Drängen, sie habe an einen Abend gedacht, an dem ein junger Mann sie aus einer Gesellschaft nach Hause begleitet, an die Gespräche, die zwischen ihr und ihm vorgefallen seien, und an die Empfindungen, mit denen sie dann nach Hause zur Pflege des Vaters zurückkehrte.

Mit dieser ersten Erwähnung des jungen Mannes war ein neuer Schacht eröffnet, dessen Inhalt ich nun allmählich herausbeförderte. Hier handelte es sich eher um ein Geheimnis, denn außer einer gemeinsamen Freundin hatte sie niemanden in ihre Beziehungen und die daran geknüpften Hoffnungen eingeweiht. Es handelte sich um den Sohn einer seit langem befreundeten Familie, deren Wohnsitz ihrem früheren nahe lag. Der junge Mann, selbst verwaist, hatte sich mit großer Ergebenheit an ihren Vater angeschlossen, ließ sich von dessen Ratschlägen in seiner Karriere leiten und hatte seine Verehrung vom Vater auf die Damen der Familie ausgedehnt. Zahlreiche Erinnerungen an gemeinsame Lektüre, Gedankenaustausch, Äußerungen von seiner Seite, die ihr wiedererzählt worden waren, bezeichneten das allmähliche Anwachsen ihrer Überzeugung, daß er sie liebe und verstehe, und daß eine Ehe mit ihm ihr nicht die Opfer auferlegen würde, die sie von der Ehe fürchtete. Er war leider nur wenig älter als sie und von Selbständigkeit damals noch weit entfernt, sie war aber fest entschlossen gewesen, auf ihn zu warten.

Mit der schweren Erkrankung des Vaters und ihrer Inanspruchnahme als Pflegerin wurde dieser Verkehr immer seltener. Der Abend, an den sie sich zuerst erinnert hatte, bezeichnete gerade die Höhe ihrer Empfindung; zu einer Aussprache zwischen ihnen war es aber auch damals nicht gekommen. Sie hatte sich damals durch das Drängen der Ihrigen und des Vaters selbst bewegen lassen, vom Krankenbette weg in eine Gesellschaft zu gehen, in welcher sie ihn zu treffen erwarten durfte. Sie wollte daun früh nach Hause eilen, aber man nötigte sie zu bleiben, und sie gab nach, als er ihr versprach, sie zu begleiten. Sie hatte nie so warm für ihn gefühlt als während dieser Begleitung; aber als sie in solcher Seligkeit spät nach Hause kam, traf sie den Zustand des Vaters verschlimmert und machte sich die bittersten Vorwürfe, daß sie so viel Zeit ihrem eigenen Vergnügen geopfert. Es war das letztmal, daß sie den kranken Vater für einen ganzen Abend

verließ; ihren Freund sah sie nur selten wieder; nach dem Tode des Vaters schien er aus Achtung vor ihrem Schmerze sich fernzuhalten, dann zog ihn das Leben in andere Bahnen; sie hatte sich allmählich mit dem Gedanken vertraut machen müssen, daß sein Interesse für sie durch andere Empfindungen verdrängt und er für sie verloren sei. Dieses Fehlschlagen der ersten Liebe schmerzte sie aber noch jedesmal, so oft sie an ihn dachte.

In diesem Verhältnisse und in der obigen Szene, zu welcher es führte, durfte ich also die Verursachung der ersten hysterischen Schmerzen suchen. Durch den Kontrast zwischen der Seligkeit, die sie sich damals gegönnt hatte, und dem Elende des Vaters, das sie zu Hause antraf, war ein Konflikt, ein Fall von Unverträglichkeit gegeben. Das Ergebnis des Konfliktes war, daß die erotische Vorstellung aus der Assoziation verdrängt wurde, und der dieser anhaftende Affekt wurde zur Erhöhung oder Wiederbelebung eines gleichzeitig (oder kurz vorher) vorhandenen körperlichen Schmerzes verwendet. Es war also der Mechanismus einer Konversion zum Zwecke der Abwehr, wie ich ihn an anderer Stelle eingehend behandelt habe.¹

Es bleibt hier freilich Raum für allerlei Bemerkungen. Ich muß hervorheben, daß es mir nicht gelang, aus ihrer Erinnerung nachzuweisen, daß sich in jenem Memento des Nachhausekommens die Konversion vollzogen hatte. Ich forschte daher nach ähnlichen Erlebnissen aus der Zeit der Krankenpflege und rief eine Reihe von Szenen hervor, unter denen das Aufspringen aus dem Bette mit nackten Füßen in kalten Zimmer, auf einen Ruf des Vaters, sich durch seine öftere Wiederholung hervorhob. Ich war geneigt, diesen Momenten eine gewisse Bedeutung zuzusprechen, weil neben der Klage über den Schmerz in den Beinen die Klage über quälende Kälteempfindung stand. Indes konnte ich auch hier nicht eine Szene erhaschen, die sich mit Sicherheit als die Szene der

1) Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurologisches Zentralblatt, 1. Juni 1894. [Enthalten in diesem Band der Ges. Werke.]

Konversion hätte bezeichnen lassen. Ich war darum geneigt, hier eine Lücke in der Aufklärung zuzugestehen, bis ich mich der Tatsache besann, daß die hysterischen Beinschmerzen ja überhaupt nicht zur Zeit der Krankenpflege vorhanden waren. Ihre Erinnerung berichtete nur von einem einzigen, über wenige Tage erstreckten Schmerzanfalle, der damals keine Aufmerksamkeit auf sich zog. Meine Forschung wandte sich nun diesem ersten Auftreten der Schmerzen zu. Es gelang, die Erinnerung daran sicher zu beleben, es war gerade damals ein Verwandter zu Besuch gekommen, den sie nicht empfangen konnte, weil sie zu Bette lag, und der auch bei einem späteren Besuche zwei Jahre nachher das Mißgeschick hatte, sie im Bette zu treffen. Aber die Suche nach einem psychischen Anlasse für diese ersten Schmerzen mißlang, so oft sie auch wiederholt wurde. Ich glaubte annehmen zu dürfen, daß jene ersten Schmerzen wirklich ohne psychischen Anlaß als leichte rheumatische Erkrankung gekommen seien, und konnte noch erfahren, daß dies organische Leiden, das Vorbild der späteren hysterischen Nachahmung, jedenfalls in eine Zeit vor die Szene der Begleitung zu setzen sei. Daß sich diese Schmerzen als organisch begründete in gemildertem Maße und unter geringer Aufmerksamkeit eine Zeitlang fortgesetzt hätten, blieb nach der Natur der Sache immerhin möglich. Die Unklarheit, die sich daraus ergibt, daß die Analyse auf eine Konversion psychischer Erregung in Körperschmerz zu einer Zeit hinweist, da solcher Schmerz gewiß nicht verspürt und nicht erinnert wurde — dieses Problem hoffe ich durch spätere Erwägungen und andere Beispiele lösen zu können.¹

Mit der Aufdeckung des Motivs für die erste Konversion begann eine zweite, fruchtbare Periode der Behandlung. Zunächst überraschte mich die Kranke bald nachher mit der Mitteilung,

1) Ich kann nicht ausschließen, aber auch nicht erweisen, daß diese hauptsächlich die Oberschenkel einnehmenden Schmerzen neurasthenischer Natur gewesen seien.

sie wisse nun, warum die Schmerzen gerade immer von jener bestimmten Stelle des rechten Oberschenkels ausgingen und dort am heftigsten seien. Es sei dies nämlich die Stelle, wo jeden Morgen das Bein des Vaters geruht, während sie die Binden erneuerte, mit denen das arg geschwollene Bein gewickelt wurde. Das sei wohl hundertmal so geschehen, und sie habe merkwürdigerweise an diesen Zusammenhang bis heute nicht gedacht. Sie lieferte mir so die erwünschte Erklärung für die Entstehung einer atypischen hysterogenen Zone. Ferner fingen die schmerzhaften Beine an bei unseren Analysen immer „mitzusprechen“. Ich meine folgenden merkwürdigen Sachverhalt: Die Kranke war meist schmerzfrei, wenn wir an unsere Arbeit gingen; rief ich jetzt durch eine Frage oder einen Druck auf den Kopf eine Erinnerung wach, so meldete sich zuerst eine Schmerzempfindung, meist so lebhaft, daß die Kranke zusammenzuckte und mit der Hand nach der schmerzenden Stelle fuhr. Dieser geweckte Schmerz blieb bestehen, solange die Kranke von der Erinnerung beherrscht war, erreichte seine Höhe, wenn sie im Begriffe stand, das Wesentliche und Entscheidende an ihrer Mitteilung auszusprechen, und war mit den letzten Worten dieser Mitteilung verschwunden. Allmählich lernte ich diesen geweckten Schmerz als Kompaß gebrauchen; wenn sie verstummte, aber noch Schmerzen zugab, so wußte ich, daß sie nicht alles gesagt hatte, und drang auf Fortsetzung der Beichte, bis der Schmerz weggesprochen war. Erst dann weckte ich eine neue Erinnerung.

In dieser Periode des „Abreagierens“ besserte sich der Zustand der Kranken in somatischer wie in psychischer Hinsicht so auffällig, daß ich nur halb im Scherze zu behaupten pflegte, ich trage jedesmal ein gewisses Quantum von Schmerzmotiven weg, und wenn ich alles abgeräumt haben würde, werde sie gesund sein. Sie gelangte bald dahin, die meiste Zeit keine Schmerzen zu haben, ließ sich bewegen, viel zu gehen und ihre bisherige Isolierung aufzugeben. Im Laufe der Analyse folgte ich bald den

spontanen Schwankungen ihres Befindens, bald meiner Schätzung, wo ich ein Stück ihrer Leidensgeschichte noch nicht genügend erschöpft meinte. Ich machte bei dieser Arbeit einige interessante Wahrnehmungen, deren Lehren ich später bei anderen Kranken bestätigt fand.

Zunächst, was die spontanen Schwankungen anbelangt, daß eigentlich keine vorfiel, die nicht durch ein Ereignis des Tages assoziativ provoziert worden wäre. Das einermal hatte sie von einer Erkrankung im Kreise ihrer Bekannten gehört, die sie an ein Detail in der Krankheit ihres Vaters erinnerte, ein andermal war das Kind der verstorbenen Schwester zum Besuche da gewesen und hatte durch seine Ähnlichkeit den Schmerz um die Verlorene geweckt, ein andermal wieder war es ein Brief der entfernt lebenden Schwester, der deutlich den Einfluß des rücksichtslosen Schwagers bewies und einen Schmerz weckte, welcher die Mitteilung einer noch nicht erzählten Familienszene verlangte.

Da sie niemals denselben Schmerzanlaß zweimal vorbrachte, schien unsere Erwartung, auf solche Weise den Vorrat zu erschöpfen, nicht ungerechtfertigt, und ich widerstrebte keineswegs, sie in Situationen kommen zu lassen, welche geeignet waren, neue, noch nicht an die Oberfläche gelangte Erinnerungen hervorzurufen, z. B. sie auf das Grab ihrer Schwester zu schicken oder sie in eine Gesellschaft gehen zu lassen, wo sie den jetzt wieder anwesenden Jugendfreund sehen konnte.

Sodann erhielt ich einen Einblick in die Art der Entstehung einer als monosymptomatisch zu bezeichnenden Hysterie. Ich fand nämlich, daß das rechte Bein während unserer Hypnosен schmerzhaft wurde, wenn es sich um Erinnerungen aus der Krankenpflege des Vaters, aus dem Verkehre mit dem Jugendgespielen und um anderes handelte, was in die erste Periode der pathogenen Zeit fiel, während der Schmerz sich am anderen, linken Bein meldete, sobald ich eine Erinnerung an die verlorene Schwester, an die beiden Schwäger, kurz einen Eindruck aus der

zweiten Hälfte der Leidensgeschichte erweckt hatte. Durch dieses konstante Verhalten aufmerksam gemacht, forschte ich weiter nach und gewann den Eindruck, als ob die Detaillierung hier noch weiter ginge und jeder neue psychische Anlaß zu schmerzlichen Empfindungen sich mit einer anderen Stelle der schmerzhaften Area der Beine verknüpft hätte. Die ursprünglich schmerzhafteste Stelle am rechten Oberschenkel hatte sich auf die Pflege des Vaters bezogen, von da an war das Schmerzgebiet durch Apposition aus Anlaß neuer Traumata gewachsen, so daß hier streng genommen nicht ein einziges körperliches Symptom vorlag, welches mit vielfachen psychischen Erinnerungskomplexen verknüpft war, sondern eine Mehrheit von ähnlichen Symptomen, die bei oberflächlicher Betrachtung zu einem Symptom verschmolzen schienen. Einer Abgrenzung der den einzelnen psychischen Anlässen entsprechenden Schmerzzonen bin ich allerdings nicht nachgegangen, da ich die Aufmerksamkeit der Kranken von diesen Beziehungen abgewendet erfand.

Ich schenkte aber ein weiteres Interesse der Art, wie der ganze Symptomkomplex der Abasie sich über diesen schmerzhaften Zonen aufgebaut haben mochte, und stellte in solcher Absicht verschiedene Fragen, wie: Woher rühren die Schmerzen im Gehen, im Stehen, im Liegen? die sie teils unbeeinflußt, teils unter dem Drucke meiner Hand beantwortete. Dabei ergab sich zweierlei. Einerseits gruppierte sie mir alle mit schmerzhaften Eindrücken verbundenen Szenen, je nachdem sie während derselben gesessen oder gestanden hatte u. dgl. — So z. B. stand sie bei einer Türe, als man den Vater im Herzanfalle nach Hause brachte, und blieb im Schreck wie angewurzelt stehen. An diesen ersten „Schreck im Stehen“ schloß sie dann weitere Erinnerungen an bis zur Schreckensszene, da sie wiederum wie gebannt an dem Bette der toten Schwester stand. Die ganze Kette von Reminiszenzen sollte die berechtigte Verknüpfung der Schmerzen mit dem Aufrechtstehen dartun und konnte ja auch als Assoziations-

nachweis gelten, nur mußte man der Forderung eingedenk bleiben, daß bei all diesen Gelegenheiten noch ein anderes Moment nachweisbar sein müsse, welches die Aufmerksamkeit — und in weiterer Folge die Konversion — gerade auf das Stehen (Gehen, Sitzen u. dgl.) gelenkt hatte. Die Erklärung für diese Richtung der Aufmerksamkeit konnte man kaum in anderen Verhältnissen suchen als darin, daß Gehen, Stehen und Liegen eben an Leistungen und Zustände jener Körperteile geknüpft sind, welche hier die schmerzhaften Zonen trugen, nämlich der Beine. Es war also der Zusammenhang zwischen der Astasie-Abasie und dem ersten Falle von Konversion in dieser Krankengeschichte leicht zu verstehen.

Unter den Szenen, welche zufolge dieser Revue das Gehen schmerzhaft gemacht hätten, drängte sich eine hervor, ein Spaziergang, den sie in jenem Kurorte in großer Gesellschaft gemacht und angeblich zu lange ausgedehnt hatte. Die näheren Umstände dieser Begebenheit enthüllten sich nur zögernd und ließen manches Rätsel ungelöst. Sie war in besonders weicher Stimmung, schloß sich dem Kreise von befreundeten Personen gerne an, es war ein schöner, nicht zu heißer Tag, ihre Mama blieb zu Hause, ihre ältere Schwester war bereits abgereist, die jüngere fühlte sich leidend, wollte ihr aber das Vergnügen nicht stören, der Mann dieser zweiten Schwester erklärte anfangs, er bleibe bei seiner Frau, und ging dann ihr (Elisabeth) zuliebe mit. Diese Szene schien mit dem ersten Hervortreten der Schmerzen viel zu tun zu haben, denn sie erinnerte sich, daß sie sehr müde und mit heftigen Schmerzen von dem Spaziergange zurückgekommen, äußerte sich aber nicht sicher darüber, ob sie schon vorher Schmerzen verspürt habe. Ich machte geltend, daß sie sich mit irgend erheblichen Schmerzen kaum zu diesem weiten Wege entschlossen hätte. Auf die Frage, woher auf diesem Spaziergange die Schmerzen gekommen sein mögen, erhielt ich die nicht ganz durchsichtige Antwort, der Kontrast zwischen ihrer Vereinsamung

und dem Eheglücke der kranken Schwester, welches ihr das Benehmen ihres Schwagers unausgesetzt vor Augen führte, sei ihr schmerzlich gewesen.

Eine andere Szene, der vorigen der Zeit nach sehr benachbart, spielte eine Rolle in der Verknüpfung der Schmerzen mit dem Sitzen. Es war einige Tage nachher; Schwester und Schwager waren bereits abgereist, sie befand sich in erregter, sehnsüchtiger Stimmung, stand des Morgens früh auf, ging einen kleinen Hügel hinauf bis zu einer Stelle, die sie so oft miteinander besucht hatten und die eine herrliche Aussicht bot, und setzte sich dort, ihren Gedanken nachhängend, auf eine steinerne Bank. Ihre Gedanken betrafen wieder ihre Vereinsamung, das Schicksal ihrer Familie, und den heißen Wunsch, ebenso glücklich zu werden wie ihre Schwester war, gestand sie diesmal unverhüllt ein. Sie kehrte mit heftigen Schmerzen von dieser Morgenmeditation zurück, am Abend desselben Tages nahm sie das Bad, nach welchem die Schmerzen endgültig und dauernd aufgetreten waren.

Mit aller Bestimmtheit ergab sich ferner, daß die Schmerzen im Gehen und Stehen sich anfänglich im Liegen zu beruhigen pflegten. Erst als sie auf die Nachricht von der Erkrankung der Schwester abends von Gastein abreiste und während der Nacht, gleichzeitig von der Sorge um die Schwester und von tobenden Schmerzen gequält, schlaflos im Eisenbahnwagen ausgestreckt lag, stellte sich auch die Verbindung des Liegens mit den Schmerzen her, und eine ganze Zeit hindurch war ihr sogar das Liegen schmerzhafter als das Gehen und Stehen.

In solcher Art war erstens das schmerzliche Gebiet durch Apposition gewachsen, indem jedes neue pathogen wirksame Thema eine neue Region der Beine besetzte, zweitens hatte jede der eindruckskräftigen Szenen eine Spur hinterlassen, indem sie eine bleibende, sich immer mehr häufende „Besetzung“ der verschiedenen Funktionen der Beine, eine Verknüpfung dieser Funktionen mit den Schmerzempfindungen hervorbrachte; es war aber un-

verkennbar noch ein dritter Mechanismus an der Ausbildung der Astasie-Abasie in Mitwirkung gewesen. Wenn die Kranke die Erzählung einer ganzen Reihe von Begebenheiten mit der Klage schloß, sie habe dabei ihr „Alleinstehen“ schmerzlich empfunden, bei einer anderen Reihe, welche ihre verunglückten Versuche zur Herstellung eines neuen Familienlebens umschloß, nicht müde wurde zu wiederholen, das Schmerzliche daran sei das Gefühl ihrer Hilflosigkeit gewesen, die Empfindung, sie „komme nicht von der Stelle“, so mußte ich auch ihren Reflexionen einen Einfluß auf die Ausbildung der Abasie einräumen, mußte ich annehmen, daß sie direkt einen symbolischen Ausdruck für ihre schmerzlich betonten Gedanken gesucht und ihn in der Verstärkung ihres Leidens gefunden hatte. Daß durch eine solche Symbolisierung somatische Symptome der Hysterie entstehen können, haben wir bereits in unserer vorläufigen Mitteilung behauptet; ich werde in der Epikrise zu dieser Krankengeschichte einige zweifellos beweisende Beispiele aufführen. Bei Fräulein Elisabeth v. R . . . stand der psychische Mechanismus der Symbolisierung nicht in erster Linie, er hatte die Abasie nicht geschaffen, wohl aber sprach alles dafür, daß die bereits vorhandene Abasie auf diesem Wege eine wesentliche Verstärkung erfahren hatte. Demnach war diese Abasie in dem Stadium der Entwicklung, in dem ich sie antraf, nicht nur einer psychischen assoziativen Funktionslähmung, sondern auch einer symbolischen Funktionslähmung gleichzustellen.

Ich will, ehe ich die Geschichte meiner Kranken fortsetze, noch ein Wort über ihr Benehmen während dieser zweiten Periode der Behandlung anfügen. Ich bediente mich während dieser ganzen Analyse der Methode, durch Drücken auf den Kopf Bilder und Einfälle hervorzurufen, einer Methode also, die ohne volles Mitarbeiten und willige Aufmerksamkeit der Kranken unanwendbar bleibt. Sie verhielt sich auch zeitweilig so, wie ich es nur wünschen konnte, und in solchen Perioden war es wirklich

überraschend, wie prompt und wie unfehlbar chronologisch geordnet die einzelnen Szenen, die zu einem Thema gehörten, sich einstellten. Es war, als läse sie in einem langen Bilderbuche, dessen Seiten vor ihren Augen vorübergezogen würden. Andere Male schien es Hemmnisse zu geben, deren Art ich damals noch nicht ahnte. Wenn ich meinen Druck ausübte, behauptete sie, es sei ihr nichts eingefallen; ich wiederholte den Druck, ich ließ sie warten, es wollte noch immer nichts kommen. Die ersten Male, als sich diese Widerspenstigkeit zeigte, ließ ich mich bestimmen, die Arbeit abznbrechen, der Tag sei nicht günstig; ein andermal. Zwei Wahrnehmungen bestimmten mich aber, mein Verhalten zu ändern. Erstens, daß sich solches Versagen der Methode nur ereignete, wenn ich Elisabeth heiter und schmerzfrei gefunden hatte, niemals, wenn ich an einem schlechten Tag kam, zweitens, daß sie eine solche Angabe, sie sehe nichts vor sich, häufig machte, nachdem sie eine lange Pause hatte vergehen lassen, während welcher ihre gespannte und beschäftigte Miene mir doch einen seelischen Vorgang in ihr verriet. Ich entschloß mich also zur Annahme, die Methode versage niemals, Elisabeth habe unter dem Drucke meiner Hand jedesmal einen Einfall im Sinne oder ein Bild vor Augen, sei aber nicht jedesmal bereit, mir davon Mitteilung zu machen, sondern versuche das Heraufbeschworene wieder zu unterdrücken. Von den Motiven für solches Verschweigen konnte ich mir zwei vorstellen, entweder Elisabeth übte an ihrem Einfall eine Kritik, zu der sie nicht berechtigt war, sie fand ihn nicht wertvoll genug, nicht passend als Antwort auf die gestellte Frage, oder sie scheute sich ihn anzugeben, weil — ihr solche Mitteilung zu unangenehm war. Ich ging also so vor, als wäre ich von der Verlässlichkeit meiner Technik vollkommen überzeugt. Ich ließ es nicht mehr gelten, wenn sie behauptete, es sei ihr nichts eingefallen, versicherte ihr, es müsse ihr etwas eingefallen sein, sie sei vielleicht nicht aufmerksam genug, dann wolle ich den Druck gerne wiederholen, oder sie

meine, ihr Einfall sei nicht der richtige. Das gehe sie aber gar nichts an, sie sei verpflichtet, vollkommen objektiv zu bleiben und zu sagen, was ihr in den Sinn gekommen sei, es möge passen oder nicht, endlich, ich wisse genau, es sei ihr etwas eingefallen, sie verheimliche es mir, sie werde aber ihre Schmerzen nie los werden, solange sie etwas verheimliche. Durch solches Drängen erreichte ich, daß wirklich kein Druck mehr erfolglos blieb. Ich mußte annehmen, daß ich den Sachverhalt richtig erkannt hatte, und gewann bei dieser Analyse ein in der Tat unbedingtes Zutrauen zu meiner Technik. Es kam oft vor, daß sie mir erst nach dem dritten Drücken eine Mitteilung machte, dann aber selbst hinzufügte: Ich hätte es Ihnen gleich das erstemal sagen können. — Ja, warum haben Sie es nicht gleich gesagt? — Ich habe gemeint, es ist nicht das Richtige, oder: ich habe gemeint, ich kann es umgehen, es ist aber jedesmal wiedergekommen. Ich fing während dieser schweren Arbeit an, dem Widerstande, den die Kranke bei der Reproduktion ihrer Erinnerungen zeigte, eine tiefere Bedeutung beizulegen und die Anlässe sorgfältig zusammenzustellen, bei denen er sich besonders auffällig verriet.

Ich komme nun zur Darstellung der dritten Periode unserer Behandlung. Der Kranken ging es besser, sie war psychisch entlastet und leistungsfähig geworden, aber die Schmerzen waren offenbar nicht behoben, sie kamen von Zeit zu Zeit immer wieder, und zwar in alter Heftigkeit. Dem unvollkommenen Heilerfolge entsprach die unvollständige Analyse, ich wußte noch immer nicht genau, in welchem Momente und durch welchen Mechanismus die Schmerzen entstanden waren. Während der Reproduktion der mannigfaltigsten Szenen in der zweiten Periode und der Beobachtung des Widerstandes der Kranken gegen die Erzählung hatte sich bei mir ein bestimmter Verdacht gebildet; ich wagte aber noch nicht, ihm zur Grundlage meines Handelns zu machen. Eine zufällige Wahrnehmung gab da den Ausschlag. Ich hörte einmal während der Arbeit mit der Kranken Männerschritte im Neben-

zimmer, eine angenehm klingende Stimme, die eine Frage zu stellen schien, und meine Patientin erhob sich darauf mit der Bitte, für heute abubrechen; sie höre, daß ihr Schwager gekommen sei und nach ihr frage. Sie war bis dahin schmerzfrei gewesen, nach dieser Störung verrieten ihre Miene und ihr Gang das plötzliche Auftreten heftiger Schmerzen. Ich war in meinem Verdachte bestärkt und beschloß, die entscheidende Aufklärung herbeizuführen.

Ich stellte also die Frage nach den Umständen und Ursachen des ersten Auftretens der Schmerzen. Als Antwort lenkten sich ihre Gedanken auf den Sommeraufenthalt in jenem Kurorte vor der Gasteiner Reise und es zeigten sich wieder einige Szenen, die schon vorher minder erschöpfend behandelt worden waren. Ihre Gemütsverfassung zu jener Zeit, die Erschöpfung nach der Sorge um das Augenlicht der Mutter und nach deren Krankenpflege während der Zeit der Augenoperation, ihr endliches Verzagen als einsames Mädchen etwas vom Leben genießen oder im Leben leisten zu können. Sie war sich bis dahin stark genug vorgekommen, um den Beistand eines Mannes entbehren zu können, jetzt bemächtigte sich ihrer ein Gefühl ihrer Schwäche als Weib, eine Sehnsucht nach Liebe, in welcher nach ihren eigenen Worten ihr starres Wesen zu schmelzen begann. In solcher Stimmung machte die glückliche Ehe ihrer jüngeren Schwester den tiefsten Eindruck auf sie, wie rührend er für sie sorgte, wie sie sich mit einem Blicke verstanden, wie sicher sie einer des andern zu sein schienen. Es war ja gewiß bedauerlich, daß die zweite Schwangerschaft so rasch auf die erste folgte, und die Schwester wußte, daß dies die Ursache ihres Leidens sei, aber wie willig ertrug sie dieses Leiden, weil er die Ursache davon war. An dem Spaziergange, der mit Elisabeths Schmerzen so innig verknüpft war, wollte der Schwager anfangs nicht teilnehmen, er zog es vor, bei der kranken Frau zu bleiben. Diese bewog ihn aber durch einen Blick mitzugehen, weil sie meinte, daß es Elisabeth Freude machen

würde. Elisabeth blieb die ganze Zeit über in seiner Begleitung, sie sprachen miteinander über die verschiedensten, intimsten Dinge, sie fand sich so sehr im Einklange mit allem, was er sagte, und der Wunsch, einen Mann zu besitzen, der ihm gleiche, wurde übermächtig in ihr. Dann folgte die Szene wenige Tage später, als sie am Morgen nach der Abreise den Aussichtsort aufsuchte, welcher ein Lieblingsspaziergang der Abwesenden gewesen war. Sie setzte sich dort auf einen Stein und träumte wiederum von einem Lebensglücke, wie es der Schwester zugefallen war, und von einem Manne, der ihr Herz so zu fesseln verstünde wie dieser Schwager. Sie stand mit Schmerzen auf, die aber nochmals vergingen, erst am Nachmittage nach dem warmen Bade, das sie im Orte nahm, brachen die Schmerzen über sie herein, die sie seither nicht verlassen hatten. Ich versuchte zu erforschen, mit was für Gedanken sie sich damals im Bade beschäftigte; es ergab sich aber nur, daß das Badhaus sie an ihre abgereisten Geschwister erinnerte, weil diese in demselben Hause gewohnt hatten.

Mir mußte längst klar geworden sein, um was es sich handle, die Kranke schien, in schmerzlich-süße Erinnerungen versunken, nicht zu bemerken, welchem Aufschlusse sie zusteure, und setzte die Wiedergabe ihrer Reminiszenzen fort. Es kam die Zeit in Gastein, die Sorge, mit der sie jedem Briefe entgegensah, endlich die Nachricht, daß es der Schwester schlecht ginge, das lange Warten bis zum Abend, an dem sie erst Gastein verlassen konnten. Die Fahrt in qualvoller Ungewißheit, in schlafloser Nacht — alles als Momente, die von heftiger Steigerung der Schmerzen begleitet waren. Ich fragte, ob sie sich während der Fahrt die traurige Möglichkeit vorgestellt, die sich dann verwirklicht fand. Sie antwortete, sie sei dem Gedanken sorgsam ausgewichen, die Mutter aber habe nach ihrer Meinung vom Anfang an das Schlimmste erwartet. — Nun folgte ihre Erinnerung der Ankunft in Wien, der Eindrücke, die sie von den erwartenden Verwandten

empfangen, der kleinen Reise von Wien in die nahe Sommerfrische, in der die Schwester wohnte, der Ankunft dort am Abend, des eilig zurückgelegten Weges durch den Garten bis zur Türe des kleinen Gartenpavillons, — die Stille im Hause, die beklemmende Dunkelheit; daß der Schwager sie nicht empfing; dann standen sie vor dem Bette, sahen die Tote, und in dem Momente der gräßlichen Gewißheit, daß die geliebte Schwester gestorben sei, ohne von ihnen Abschied zu nehmen, ohne ihre letzten Tage durch ihre Pflege verschönt zu haben — in demselben Momente hatte ein anderer Gedanke Elisabeths Hirn durchzuckt, der sich jetzt unabweisbar wieder eingestellt hatte, der Gedanke, der wie ein greller Blitz durchs Dunkel fuhr: Jetzt ist er wieder frei, und ich kann seine Frau werden.

Nun war freilich alles klar. Die Mühe des Analytikers war reichlich gelohnt worden: Die Ideen der „Abwehr“ einer unverträglichen Vorstellung, der Entstehung hysterischer Symptome durch Konversion psychischer Erregung ins Körperliche, die Bildung einer separaten psychischen Gruppe durch den Willensakt, der zur Abwehr führt, dies alles wurde mir in jenem Momente greifbar vor Augen gerückt. So und nicht anders war es hier zugegangen. Dieses Mädchen hatte ihrem Schwager eine zärtliche Neigung geschenkt, gegen deren Aufnahme in ihr Bewußtsein sich ihr ganzes moralisches Wesen sträubte. Es war ihr gelungen, sich die schmerzliche Gewißheit, daß sie den Mann ihrer Schwester liebe, zu ersparen, indem sie sich dafür körperliche Schmerzen schuf, und in Momenten, wo sich ihr diese Gewißheit aufdrängen wollte (auf dem Spaziergange mit ihm, während jener Morgen-träumerei, im Bade, vor dem Bette der Schwester), waren durch gelungene Konversion ins Somatische jene Schmerzen entstanden. Zur Zeit, da ich sie in Behandlung nahm, war die Absonderung der auf diese Liebe bezüglichen Vorstellungsgruppe von ihrem Wissen bereits vollzogen; ich meine, sie hätte sonst niemals einer solchen Behandlung zugestimmt; der Widerstand, den sie zu

wiederholtenmalen der Reproduktion von traumatisch wirksamen Szenen entgegengesetzt hatte, entsprach wirklich der Energie, mit welcher die unverträgliche Vorstellung aus der Assoziation gedrängt worden war.

Für den Therapeuten kam aber zunächst eine böse Zeit. Der Effekt der Wiederaufnahme jener verdrängten Vorstellung war ein niederschmetternder für das arme Kind. Sie schrie laut auf, als ich den Sachverhalt mit den trockenen Worten zusammenfaßte: Sie waren also seit langer Zeit in Ihren Schwager verliebt. Sie klagte über die gräßlichsten Schmerzen in diesem Augenblicke, sie machte noch eine verzweifelte Anstrengung, die Aufklärung zurückzuweisen. Es sei nicht wahr, ich habe es ihr eingeredet, es könne nicht sein, einer solchen Schlechtigkeit sei sie nicht fähig. Das würde sie sich auch nie verzeihen. Es war leicht, ihr zu beweisen, daß ihre eigenen Mitteilungen keine andere Deutung zuließen, aber es dauerte lange, bis meine beiden Trostgründe, daß man für Empfindungen unverantwortlich sei, und daß ihr Verhalten, ihr Erkranken unter jenen Anlässen ein genügendes Zeugnis für ihre moralische Natur sei, bis diese Tröstungen, sage ich, Eindruck auf sie machten.

Ich mußte jetzt mehr als einen Weg einschlagen, um der Kranken Linderung zu verschaffen. Zunächst wollte ich ihr Gelegenheit geben, sich der seit langer Zeit aufgespeicherten Erregung durch „Abreagieren“ zu entledigen. Wir forschten den ersten Eindrücken aus dem Verkehre mit ihrem Schwager, dem Beginne jener unbewußt gehaltenen Neigung nach. Es fanden sich hier alle jene kleinen Vorzeichen und Ahnungen, aus denen eine voll entwickelte Leidenschaft in der Rückschau soviel zu machen versteht. Er hatte bei seinem ersten Besuche im Hause sie für die ihm bestimmte Braut gehalten und sie vor der älteren, aber unscheinbaren Schwester begrüßt. Eines Abends unterhielten sie sich so lebhaft miteinander und schienen sich so wohl zu verstehen, daß die Braut sie mit der halb ernst gemeinten Bemerkung

kung unterbrach: „Eigentlich hättet Ihr zwei sehr gut zueinander gepaßt.“ Ein anderes Mal war in einer Gesellschaft, welche von der Verlobung noch nichts wußte, die Rede von dem jungen Manne, und eine Dame beanständete einen Fehler seiner Gestalt, der auf eine juvenile Knochenerkrankung hindeutete. Die Braut selbst blieb ruhig dabei, Elisabeth aber fuhr auf und trat mit einem Eifer, der ihr dann selbst unverständlich war, für den geraden Wuchs ihres zukünftigen Schwagers ein. Indem wir uns durch diese Reminiszenzen hindurcharbeiteten, wurde es Elisabeth klar, daß die zärtliche Empfindung für ihren Schwager seit langer Zeit, vielleicht seit Beginn ihrer Beziehungen in ihr geschlummert und sich so lange hinter der Maske einer bloß verwandtschaftlichen Zuneigung versteckt hatte, wie sie ihr hoch entwickeltes Familiengefühl begreiflich machen konnte.

Dieses Abreagieren tat ihr entschieden sehr wohl; noch mehr Erleichterung konnte ich ihr aber bringen, indem ich mich freundschaftlich um gegenwärtige Verhältnisse bekümmerte. Ich suchte in solcher Absicht eine Unterredung mit Frau v. R . . . , in der ich eine verständige und feinfühlige, wenngleich durch die letzten Schicksale in ihrem Lebensmute beeinträchtigte Dame fand. Von ihr erfuhr ich, daß der Vorwurf einer unzarten Erpressung, den der ältere Schwager gegen den Witwer erhoben hatte und der für Elisabeth so schmerzlich war, bei näherer Erkundigung zurückgenommen werden mußte. Der Charakter des jungen Mannes konnte ungetrübt bleiben; ein Mißverständnis, die leicht begreifliche Differenz in der Wertschätzung des Geldes, die der Kaufmann, für den Geld ein Arbeitswerkzeug ist, im Gegensatze zur Anschauung des Beamten zeigen durfte, mehr als dies blieb von dem scheinbar so peinlichen Vorfalle nicht übrig. Ich bat die Mutter, fortan Elisabeth alle Aufklärungen zu geben, deren sie bedurfte, und ihr in der Folgezeit jene Gelegenheit zur seelischen Mitteilung zu bieten, an welche ich sie gewöhnt hätte.

Es lag mir natürlich auch daran zu erfahren, welche Aussicht der jetzt bewußt gewordene Wunsch des Mädchens habe, zur Wirklichkeit zu werden. Hier lagen die Dinge minder günstig! Die Mutter sagte, sie habe die Neigung Elisabeths für ihren Schwager längst geahnt, allerdings nicht gewußt, daß sich eine solche noch bei Lebzeiten der Schwester geltend gemacht habe. Wer sie beide im — allerdings selten gewordenen — Verkehre sehe, dem könne über die Absicht des Mädchens, ihm zu gefallen, kein Zweifel bleiben. Allein weder sie, die Mutter, noch die Ratgeber in der Familie, seien einer ehelichen Verbindung der beiden sonderlich geneigt. Die Gesundheit des jungen Mannes sei keine feste und habe durch den Tod der geliebten Frau einen neuen Stoß erlitten; es sei auch gar nicht sicher, daß er seelisch soweit erholt sei, um eine neue Ehe einzugehen. Er halte sich wahrscheinlich darum so reserviert, vielleicht auch, weil er, seiner Annahme nicht sicher, naheliegendes Gerede vermeiden wolle. Bei dieser Zurückhaltung von beiden Seiten dürfte wohl die Lösung, die sich Elisabeth ersehnte, mißglücken.

Ich teilte dem Mädchen alles mit, was ich von der Mutter erfahren hatte, hatte die Genugtuung, ihr durch die Aufklärung jener Geldaffäre wohlzutun, und mutete ihr andererseits zu, die Ungewißheit über die Zukunft, die nicht zu zerstreuen war, ruhig zu tragen. Jetzt aber drängte der vorgeschrittene Sommer dazu, der Behandlung ein Ende zu machen. Sie befand sich wieder wohler, von ihren Schmerzen war zwischen uns nicht mehr die Rede, seitdem wir uns mit der Ursache beschäftigten, auf welche sich die Schmerzen hatten zurückführen lassen. Wir hatten beide die Empfindung, fertig geworden zu sein, wenngleich ich mir sagte, daß das Abreagieren der verhaltenen Zärtlichkeit nicht gerade sehr vollständig gemacht worden war. Ich betrachtete sie als geheilt, verwies sie noch auf das selbsttätige Fortschreiten der Lösung, nachdem eine solche einmal angebahnt war, und sie widersprach mir nicht. Sie reiste mit ihrer Mutter ab, um die älteste

Schwester und deren Familie im gemeinsamen Sommeraufenthalte zu treffen.

Ich habe noch kurz über den weiteren Verlauf der Krankheit bei Fräulein Elisabeth v. R . . . zu berichten. Einige Wochen nach unserem Abschiede erhielt ich einen verzweifelten Brief der Mutter, der mir mitteilte, Elisabeth habe sich beim ersten Versuche, mit ihr von ihren Herzensangelegenheiten zu sprechen, in voller Empörung aufgelehnt und seither wieder heftige Schmerzen bekommen, sie sei aufgebracht gegen mich, weil ich ihr Geheimnis verletzt habe, zeige sich vollkommen unzugänglich, die Kur sei gründlich mißlungen. Was nun zu tun wäre? Von mir wolle sie nichts wissen. Ich gab keine Antwort; es stand zu erwarten, daß sie noch einmal den Versuch machen würde, die Einmischung der Mutter abzuweisen und in ihre Verschlossenheit zurückzukehren, nachdem sie aus meiner Zucht entlassen war. Ich hatte aber eine Art von Sicherheit, es werde sich alles zurechtschütteln, meine Mühe sei nicht vergebens angewandt gewesen. Zwei Monate später waren sie nach Wien zurückgekehrt, und der Kollege, dem ich die Einführung bei der Kranken dankte, brachte mir die Nachricht, Elisabeth befinde sich vollkommen wohl, benehme sich wie gesund, habe allerdings noch zeitweise etwas Schmerzen. Sie hat mir seither noch zu wiederholten Malen älmliche Botschaften geschickt, jedesmal dabei zugesagt, mich aufzusuchen, es ist aber charakteristisch für das persönliche Verhältnis, das sich bei solchen Behandlungen herausbildet, daß sie es nie getan hat. Wie mir mein Kollege versichert, ist sie als geheilt zu betrachten, das Verhältnis des Schwagers zur Familie hat sich nicht geändert.

Im Frühjahr 1894 hörte ich, daß sie einen Hausball besuchen werde, zu welchem ich mir Zutritt verschaffen konnte, und ich ließ mir die Gelegenheit nicht entgehen, meine einstige Kranke im raschen Tanze dahinfliegen zu sehen. Sie hat sich seither aus freier Neigung mit einem Fremden verheiratet.

Epikrise

Ich bin nicht immer Psychotherapeut gewesen, sondern bin bei Lokaldiagnosen und Elektroprognostik erzogen worden wie andere Neuropathologen, und es berührt mich selbst noch eigentümlich, daß die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und daß sie sozusagen des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren. Ich muß mich damit trösten, daß für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist als meine Vorliebe; Lokaldiagnostik und elektrische Reaktionen konnten bei dem Studium der Hysterie eben nicht zur Geltung, während eine eingehende Darstellung der seelischen Vorgänge, wie man sie vom Dichter zu erhalten gewohnt ist, mir gestattet, bei Anwendung einiger weniger psychologischer Formeln doch eine Art von Einsicht in den Hergang einer Hysterie zu gewinnen. Solche Krankengeschichten wollen beurteilt werden wie psychiatrische, haben aber vor letzteren eines voraus, nämlich die innige Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen, nach welcher wir in den Biographien anderer Psychosen noch vergebens suchen.

Ich habe mich bemüht, die Aufklärungen, die ich über den Fall des Fräuleins Elisabeth v. R . . . geben kann, in die Darstellung ihrer Heilungsgeschichte zu verflechten; vielleicht ist es nicht überflüssig, das Wesentliche hier im Zusammenhange zu wiederholen. Ich habe den Charakter der Kranken geschildert, die Züge, die bei so vielen Hysterischen wiederkehren und die man wahrhaftig nicht auf Rechnung einer Degeneration setzen darf: die Begabung, den Ehrgeiz, die moralische Feinfühligkeit, das übergroße Liebesbedürfnis, das zunächst in der Familie seine Befriedigung findet, die über das weibliche Ideal hinausgehende Selbständigkeit ihrer Natur, die sich in einem guten Stücke Eigensinn, Kampfbereitschaft und Verschlossenheit äußert. Eine irgend erhebliche hereditäre Belastung war nach den Mitteilungen meines Kollegen in

den beiden Familien nicht nachweisbar; ihre Mutter zwar litt durch lange Jahre an nicht näher erforschter neurotischer Verstimmung; deren Geschwister aber, der Vater und dessen Familie durften zu den ausgeglichenen, nicht nervösen Menschen gezählt werden. Ein schwerer Fall von Neuropsychose war bei den nächsten Angehörigen nicht vorgefallen.

Auf diese Natur wirkten nun schmerzliche Gemütsbewegungen ein, zunächst der depotenzierende Einfluß einer langen Krankenpflege bei dem geliebten Vater.

Es hat seine guten Gründe, wenn die Krankenpflege in der Vorgeschichte der Hysterien eine so bedeutende Rolle spielt. Eine Reihe der hierbei wirksamen Momente liegt ja klar zutage, die Störung des körperlichen Befindens durch unterbrochenen Schlaf, vernachlässigte Körperpflege, die Rückwirkung einer beständig nagenden Sorge auf die vegetativen Funktionen; das Wichtigste aber liegt nach meiner Schätzung anderwärts. Wessen Sinn durch die hunderterlei Aufgaben der Krankenpflege beschäftigt ist, die sich in unabsehbarer Folge wochen- und monatelang aneinander reihen, der gewöhnt sich einerseits daran, alle Zeichen der eigenen Ergriffenheit zu unterdrücken, andererseits lenkt er sich bald von der Aufmerksamkeit für seine eigenen Eindrücke ab, weil ihm Zeit wie Kraft fehlt, ihnen gerecht zu werden. So speichert der Krankenpfleger eine Fülle von affektfähigen Eindrücken in sich auf, die kaum klar genug perzipiert, jedenfalls nicht durch Abreagieren geschwächt worden sind. Er schafft sich das Material für eine Retentionshysterie. Genest der Kranke, so werden all diese Eindrücke freilich entwertet; stirbt er aber, bricht die Zeit der Trauer herein, in welcher nur wertvoll erscheint, was sich auf den Verlorenen bezieht, so kommen auch jene der Erledigung harrenden Eindrücke an die Reihe, und nach einer kurzen Pause der Erschöpfung bricht die Hysterie los, zu der der Keim während der Krankenpflege gelegt wurde.

Man kann dieselbe Tatsache der nachträglichen Erledigung der während der Krankenpflege gesammelten Traumen gelegentlich auch antreffen, wo der Gesamteindruck des Krankseins nicht zustande kommt, der Mechanismus der Hysterie aber doch gewahrt wird. So kenne ich eine hochbegabte, an leichten nervösen Zuständen leidende Frau, deren ganzes Wesen die Hysterika bezeugt, wenngleich sie nie den Ärzten zur Last gefallen ist, nie die Ausübung ihrer Pflichten hat unterbrechen müssen. Diese Frau hat bereits drei oder vier ihrer Lieben bis zum Tode gepflegt, jedesmal bis zur vollen körperlichen Erschöpfung, sie ist auch nach diesen traurigen Leistungen nicht erkrankt. Aber kurze Zeit nach dem Tode des Kranken beginnt in ihr die Reproduktionsarbeit, welche ihr die Szenen der Krankheit und des Sterbens nochmals vor die Augen führt. Sie macht jeden Tag, jeden Eindruck von neuem durch, weint darüber und tröstet sich darüber — man möchte sagen in Muße. Solche Erledigung geht bei ihr durch die Geschäfte des Tages durch, ohne daß die beiden Tätigkeiten sich verwirren. Das Ganze zieht chronologisch an ihr vorüber. Ob die Erinnerungsarbeit eines Tages genau einen Tag der Vergangenheit deckt, weiß ich nicht. Ich vermute, dies hängt von der Muße ab, welche ihr die laufenden Geschäfte des Haushaltes lassen.

Außer dieser „nachholenden Träne“, die sich an den Todesfall mit kurzem Intervall anschließt, hält diese Frau periodische Erinnerungsfeste alljährlich um die Zeit der einzelnen Katastrophen, und hier folgt ihre lebhaft visuelle Reproduktion und ihre Affektäußerung getreulich dem Datum. Ich treffe sie beispielsweise in Tränen und erkundige mich teilnehmend, was es heute gegeben hat. Sie wehrt die Nachfrage halb ärgerlich ab: „Ach nein, es war nur heute der Hofrat N . . . wieder da und hat uns zu verstehen gegeben, daß nichts zu erwarten ist. Ich hab' damals keine Zeit gehabt, darüber zu weinen.“ Sie bezieht sich auf die letzte Krankheit ihres Mannes, der vor drei Jahren gestorben ist. Es wäre mir sehr interessant zu wissen, ob sie bei diesen jährlich

wiederkehrenden Erinnerungsfeiern stets dieselben Szenen wiederholt oder ob sich ihr jedesmal andere Einzelheiten zum Abreagieren darbieten, wie ich im Interesse meiner Theorie vermute.¹ Ich kann aber nichts Sicheres darüber erfahren, die ebenso kluge als starke Frau schämt sich der Heftigkeit, mit welcher jene Reminiszenzen auf sie wirken.

Ich hebe nochmals hervor: Diese Frau ist nicht krank, das nachfolgende Abreagieren ist bei aller Ähnlichkeit doch kein hysterischer Vorgang, man darf sich die Frage stellen, woran es liegen mag, daß nach der einen Krankenpflege sich eine Hysterie ergibt, nach der anderen nicht. An der persönlichen Disposition

1) Ich habe einmal mit Verwunderung erfahren, daß ein solches „nachholendes Abreagieren“ — nach anderen Eindrücken als bei einer Krankenpflege — den Inhalt einer sonst rätselhaften Neurose bilden kann. Es war dies bei einem schönen neunzehnjährigen Mädchen, Fräulein Mathilde H. . . , welches ich zuerst mit einer unvollständigen Lähmung der Beine sah, dann aber Monate später zur Behandlung bekam, weil sie ihren Charakter verändert hatte, bis zur Lebensunlust verstimmt, rücksichtslos gegen ihre Mutter, reizbar und unzugänglich geworden war. Das ganze Bild der Patientin gestattete mir nicht die Annahme einer gewöhnlichen Melancholie. Sie war sehr leicht in tiefen Somnambulismus zu versetzen, und ich bediente mich dieser ihrer Eigentümlichkeit, um ihr jedesmal Gebote und Suggestionen zu erteilen, die sie in tiefem Schläfe anhörte, mit reichlichen Tränen begleitete, die aber sonst an ihrem Befinden wenig änderten. Eines Tages wurde sie in der Hypnose gesprächig und teilte mir mit, daß die Ursache ihrer Verstimmung die vor mehreren Monaten erfolgte Auflösung ihrer Verlobung sei. Es hätte sich bei näherer Bekanntschaft mit dem Verlobten immer mehr herausgestellt, was der Mutter und ihr unerwünscht gewesen wäre, andererseits seien die materiellen Vorteile der Verbindung zu greifbar gewesen, um den Entschluß des Abbrechens leicht zu machen: so hätten sie beide eine lange Zeit geschwankt, sie selbst sei in einen Zustand von Unentschlossenheit geraten, in dem sie apathisch alles über sich ergehen ließ, und endlich habe die Mutter für sie das entscheidende Nein gesprochen. Eine Weile später sei sie wie aus einem Traum erwacht, habe begonnen sich eifrig in Gedanken mit der bereits gefällten Entscheidung zu befassen, das Für und das Wider bei sich abzuwägen, und dieser Vorgang setze sich bei ihr immer noch fort. Sie lebe in jener Zeit der Zweifel, habe an jedem Tage die Stimmung und die Gedanken, die sich für den damaligen Tag geschickt hätten, ihre Reizbarkeit gegen die Mutter sei auch nur in damals geltenden Verhältnissen begründet, und neben dieser Gedankentätigkeit komme ihr das gegenwärtige Leben wie eine Scheinexistenz, wie etwas Geträumtes vor. — Es gelang mir nicht wieder, das Mädchen zum Reden zu bringen, ich setzte meinen Zuspruch in tiefem Somnambulismus fort, sah sie jedesmal in Tränen ausbrechen, ohne daß sie mir je Antwort gab, und eines Tages, ungefähr um den Jahrestag der Verlobung, war der ganze Zustand von Verstimmung vorüber, was mir als großer hypnotischer Heilerfolg angerechnet wurde.

kann es nicht liegen, eine solche war bei der Dame, die ich hier im Sinne habe, im reichsten Ausmaße vorhanden.

Ich kehre zu Fräulein Elisabeth v. R . . . zurück. Während der Pflege ihres Vaters also entstand bei ihr das erstmal ein hysterisches Symptom, und zwar ein Schmerz an einer bestimmten Stelle des rechten Oberschenkels. Der Mechanismus dieses Symptoms läßt sich auf Grund der Analyse hinreichend durchleuchten. Es war ein Moment, in welchem der Vorstellungskreis ihrer Pflichten gegen den kranken Vater mit dem damaligen Inhalte ihres erotischen Sehns in Konflikt geriet. Sie entschied sich unter lebhaften Selbstvorwürfen für den ersteren und schuf sich dabei den hysterischen Schmerz. Nach der Auffassung, welche die Konversionstheorie der Hysterie nahe legt, wäre der Vorgang folgender Art darzustellen: Sie verdrängte die erotische Vorstellung aus ihrem Bewußtsein und wandelte deren Affektgröße in somatische Schmerzempfindung um. Ob sich ihr dieser erste Konflikt ein einziges Mal oder wiederholte Male darbot, wurde nicht klar; wahrscheinlicher ist das letztere. Ein ganz ähnlicher Konflikt — indes von höherer moralischer Bedeutung und durch die Analyse noch besser bezeugt — wiederholte sich nach Jahren und führte zur Steigerung derselben Schmerzen und zu deren Ausbreitung über die anfänglich besetzten Grenzen. Wiederum war es ein erotischer Vorstellungskreis, der in Konflikt mit all ihren moralischen Vorstellungen geriet, denn die Neigung bezog sich auf ihren Schwager, und sowohl zu Lebzeiten als nach dem Tode ihrer Schwester war es ein für sie unannehmbarer Gedanke, daß sie sich gerade nach diesem Manne sehnen sollte. Über diesen Konflikt, welcher den Mittelpunkt der Krankengeschichte darstellt, gibt die Analyse ausführliche Auskunft. Die Neigung der Kranken zu ihrem Schwager mochte seit langem gekeimt haben, ihrer Entwicklung kam die körperliche Erschöpfung durch neuerliche Krankenpflege, die moralische Erschöpfung durch mehrjährige Enttäuschungen zugute, ihre innerliche Sprödigkeit begann sich damals zu lösen, und sie ge-

stand sich das Bedürfnis nach der Liebe eines Mannes ein. Während eines über Wochen ausgedehnten Verkehrs (in jenem Kurorte) gelangte diese erotische Neigung gleichzeitig mit den Schmerzen zur vollen Ausbildung, und für dieselbe Zeit bezeugt die Analyse einen besonderen psychischen Zustand der Kranken, dessen Zusammenhalt mit der Neigung und den Schmerzen ein Verständnis des Vorganges im Sinne der Konversionstheorie zu ermöglichen scheint.

Ich muß mich nämlich der Behauptung getrauen, daß die Kranke zu jener Zeit sich der Neigung zu ihrem Schwager, so intensiv selbe auch war, nicht klar bewußt wurde, außer bei einzelnen seltenen Veranlassungen und dann nur für Momente. Wäre es anders gewesen, so hätte sie sich auch des Widerspruches zwischen dieser Neigung und ihren moralischen Vorstellungen bewußt werden und ähnliche Seelenqualen bestehen müssen, wie ich sie nach unserer Analyse leiden sah. Ihre Erinnerung hatte von dergleichen Leiden nichts zu berichten, sie hatte sich dieselben erspart, folglich war ihr auch die Neigung selbst nicht klar geworden; damals wie noch zur Zeit der Analyse war die Liebe zu ihrem Schwager nach Art eines Fremdkörpers in ihrem Bewußtsein vorhanden, ohne in Beziehungen zu ihrem sonstigen Vorstellungsleben getreten zu sein. Es war der eigentümliche Zustand des Wissens und gleichzeitigen Nichtwissens in bezug auf diese Neigung vorhanden, der Zustand der abgetrennten psychischen Gruppe. Etwas anderes ist aber nicht gemeint, wenn man behauptet, diese Neigung sei ihr nicht „klar bewußt“ gewesen, es ist nicht gemeint eine niedrigere Qualität oder ein geringerer Grad von Bewußtsein, sondern eine Abtrennung vom freien assoziativen Denkverkehre mit dem übrigen Vorstellungsinhalte.

Wie konnte es nur dazu kommen, daß eine so intensiv betonte Vorstellungsgruppe so isoliert gehalten wurde? Im allgemeinen wächst doch mit der Affektgröße einer Vorstellung auch deren Rolle in der Assoziation.

Man kann diese Frage beantworten, wenn man auf zwei Tatsachen Rücksicht nimmt, deren man sich als sichergestellt bedienen darf, 1) daß gleichzeitig mit der Bildung jener separaten psychischen Gruppe die hysterischen Schmerzen entstanden, 2) daß die Kranke dem Versuche der Herstellung der Assoziation zwischen der separaten psychischen Gruppe und dem übrigen Bewußtseinsinhalt einen großen Widerstand entgegensetzte und, als diese Vereinigung doch vollzogen war, einen großen psychischen Schmerz empfand. Unsere Auffassung der Hysterie bringt diese beiden Momente mit der Tatsache der Bewußtseinsspaltung zusammen, indem sie behauptet: in 2) sei der Hinweis auf das Motiv der Bewußtseinsspaltung enthalten, in 1) auf den Mechanismus derselben. Das Motiv war das der Abwehr, das Sträuben des ganzen Ich, sich mit dieser Vorstellungsgruppe zu vertragen; der Mechanismus war der der Konversion, d. h. anstatt der seelischen Schmerzen, die sie sich erspart hatte, traten körperliche auf, es wurde so eine Umwandlung eingeleitet, bei der sich als Gewinn herausstellte, daß die Kranke sich einem unerträglichen psychischen Zustand entzogen hatte, allerdings auf Kosten einer psychischen Anomalie, der zugelassenen Bewußtseinsspaltung, und eines körperlichen Leidens, der Schmerzen, über welche sich eine Astasie-Abasie aufbaute.

Allerdings eine Anleitung dazu, wie man bei sich eine solche Konversion herstellt, kann ich nicht geben; man macht das offenbar nicht so, wie man mit Absicht eine willkürliche Handlung ausführt; es ist ein Vorgang, der sich unter dem Antriebe des Motivs der Abwehr in einem Individuum vollzieht, wenn dieses die Eignung dazu in seiner Organisation — oder derzeitigen Modifikation — trägt.

Man hat ein Recht, der Theorie näher auf den Leib zu rücken und zu fragen: Was ist es denn, was sich hier in körperlichen Schmerz verwandelt? Die vorsichtige Antwort wird lauten: Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und

werden sollen. Will man sich weiter wagen und eine Art von algebraischer Darstellung der Vorstellungsmechanik versuchen, so wird man etwa dem Vorstellungskomplexe dieser unbewußt gebliebenen Neigung einen gewissen Affektbetrag zuschreiben und letztere Quantität als das Konvertierte bezeichnen. Eine direkte Folgerung dieser Auffassung wäre es, daß die „unbewußte Liebe“ durch solche Konversion so sehr an Intensität eingebüßt, daß sie zu einer schwachen Vorstellung herabgesunken wäre; ihre Existenz als abgetrennte psychische Gruppe wäre dann erst durch diese Schwächung ermöglicht. Indes ist der vorliegende Fall nicht geeignet, in dieser so heikeln Materie Anschaulichkeit zu gewähren. Er entspricht wahrscheinlich einer bloß unvollständigen Konversion; aus anderen Fällen kann man wahrscheinlich machen, daß auch vollständige Konversionen vorkommen, und daß bei diesen in der Tat die unverträgliche Vorstellung „verdrängt“ worden ist, wie nur eine sehr wenig intensive Vorstellung verdrängt werden kann. Die Kranken versichern nach vollzogener assoziativer Vereinigung, daß sie sich seit der Entstehung des hysterischen Symptoms in Gedanken nicht mehr mit der unverträglichen Vorstellung beschäftigt haben.

Ich habe oben behauptet, daß die Kranke bei gewissen Gelegenheiten, wenngleich nur flüchtig, die Liebe zu ihrem Schwager auch bewußt erkannte. Ein solcher Moment war z. B., als ihr am Bette der Schwester der Gedanke durch den Kopf fuhr: „Jetzt ist er frei und du kannst seine Frau werden.“ Ich muß die Bedeutung dieser Momente für die Auffassung der ganzen Neurose erörtern. Nun, ich meine, in der Annahme einer „Abwehrhysterie“ ist bereits die Forderung enthalten, daß wenigstens ein solcher Moment vorgekommen ist. Das Bewußtsein weiß ja nicht vorher, wann sich eine unverträgliche Vorstellung einstellen wird; die unverträgliche Vorstellung, die später mit ihrem Anhang zur Bildung einer separaten psychischen Gruppe ausgeschlossen wird, muß ja anfänglich im Denkverkehre gestanden sein, sonst hätte

sich der Konflikt nicht ergeben, der ihre Ausschließung herbeigeführt hat.¹ Gerade diese Momente sind also als die „traumatischen“ zu bezeichnen; in ihnen hat die Konversion stattgefunden, deren Ergebnisse die Bewußtseinspaltung und das hysterische Symptom sind. Bei Fräulein Elisabeth v. R . . . deutet alles auf eine Mehrheit von solchen Momenten (die Szenen vom Spaziergange, Morgenmeditation, Bad, am Bette der Schwester); vielleicht kamen sogar neue Momente dieser Art während der Behandlung vor. Die Mehrheit solcher traumatischer Momente wird nämlich dadurch ermöglicht, daß ein ähmliches Erlebnis wie jenes, das die unverträgliche Vorstellung zuerst einführte, der abgetrennten psychischen Gruppe neue Erregung zuführt und so den Erfolg der Konversion vorübergehend aufhebt. Das Ich muß sich mit dieser plötzlich verstärkt aufleuchtenden Vorstellung beschäftigen und muß dann durch neuerliche Konversion den früheren Zustand wieder herstellen. Fräulein Elisabeth, die beständig mit ihrem Schwager verkehrte, mußte dem Auftauchen neuer Traumen besonders ausgesetzt sein. Ein Fall, dessen traumatische Geschichte in der Vergangenheit abgeschlossen lag, wäre mir für diese Darstellung erwünschter gewesen.

Ich muß mich nun mit einem Punkte beschäftigen, den ich als eine Schwierigkeit für das Verständnis der vorstehenden Krankengeschichte bezeichnet habe. Auf Grund der Analyse nahm ich an, daß eine erste Konversion bei der Kranken während der Pflege ihres Vaters stattgefunden, und zwar damals, als ihre Pflichten als Pflegerin in Widerstreit mit ihrem erotischen Sehnen gerieten, und daß dieser Vorgang das Vorbild jenes späteren war, der im Alpenkurorte zum Ausbruch der Krankheit führte. Nun ergibt sich aber aus den Mitteilungen der Kranken, daß sie zur Zeit der Krankenpflege und in dem darauffolgenden Zeitabschnitte, den ich als „erste Periode“ bezeichnet habe, überhaupt nicht

1) Anders bei einer Hypnoidhysterie; hier wäre der Inhalt der separaten psychischen Gruppe nie im Ich-Bewußtsein gewesen.

an Schmerzen und Gekschwäche gelitten hat. Sie war zwar während der Krankheit des Vaters einmal durch wenige Tage mit Schmerzen in den Füßen bettlägerig, aber es ist zweifelhaft geblieben, ob dieser Anfall bereits der Hysterie zugeschrieben werden muß. Eine kausale Beziehung zwischen diesen ersten Schmerzen und irgendwelchem psychischen Eindrucke ließ sich bei der Analyse nicht erweisen; es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß es sich damals um gemeine, rheumatische Muskelschmerzen gehandelt hat. Wollte man selbst annehmen, daß dieser erste Schmerzanfall das Ergebnis einer hysterischen Konversion infolge der Ablehnung ihrer damaligen erotischen Gedanken war, so bleibt doch die Tatsache übrig, daß die Schmerzen nach wenigen Tagen verschwanden, so daß die Kranke sich also in der Wirklichkeit anders verhalten hatte, als sie während der Analyse zu zeigen schien. Während der Reproduktion der sogenannten ersten Periode begleitete sie alle Erzählungen von der Krankheit und dem Tode des Vaters, von den Eindrücken aus dem Verkehre mit dem ersten Schwager u. dgl. mit Schmerzensäußerungen, während sie zur Zeit, da sie diese Eindrücke erlebte, keine Schmerzen verspürte. Ist das nicht ein Widerspruch, der geeignet ist, das Vertrauen in den aufklärenden Wert einer solchen Analyse recht herabzusetzen?

Ich glaube, den Widerspruch lösen zu können, indem ich annehme, die Schmerzen — das Produkt der Konversion — seien nicht entstanden, während die Kranke die Eindrücke der ersten Periode erlebte, sondern nachträglich, also in der zweiten Periode, als die Kranke diese Eindrücke in ihren Gedanken reproduzierte. Die Konversion sei erfolgt nicht an den frischen Eindrücken, sondern an den Erinnerungen derselben. Ich meine sogar, ein solcher Vorgang sei nichts Außergewöhnliches bei der Hysterie, habe einen regelmäßigen Anteil an der Entstehung hysterischer Symptome. Da aber eine solche Behauptung gewiß nicht einleuchtet, werde ich versuchen, sie durch andere Erfahrungen glaubwürdiger zu machen.

Es geschah mir einmal, daß sich während einer derartigen analytischen Behandlung bei einer Kranken ein neues hysterisches Symptom ausbildete, so daß ich dessen Wegräumung am Tage nach seinem Entstehen in Angriff nehmen konnte.

Ich will die Geschichte dieser Kranken in ihren wesentlichen Zügen hier einschieben; sie ist ziemlich einfach und doch nicht ohne Interesse.

Fräulein Rosalia H . . . , dreiundzwanzig Jahre alt, seit einigen Jahren bemüht, sich zur Sängerin auszubilden, klagt darüber, daß ihre schöne Stimme ihr in gewissen Lagen nicht gehorcht. Es tritt ein Gefühl von Würgen und Schnüren in der Kehle ein, so daß der Ton wie gepreßt klingt; ihr Lehrer hat ihr darum noch nicht gestatten können, sich vor dem Publikum als Sängerin zu zeigen; obwohl diese Unvollkommenheit nur die Mittellage betrifft, so kann sie doch nicht durch einen Fehler ihres Organs erklärt werden; zuzeiten bleibt die Störung ganz aus, so daß sich der Lehrer für sehr befriedigt erklärt, andere Male, auf die leiseste Erregung hin, auch scheinbar ohne jeden Grund, tritt die schnürende Empfindung wieder ein, und die freie Stimmfaltung ist behindert. Es war nicht schwer, in dieser belästigenden Empfindung die hysterische Konversion zu erkennen; ob tatsächlich eine Kontraktur in gewissen Muskeln der Stimmbänder eintrat, habe ich nicht feststellen lassen.¹ In der hypnotischen Analyse, die ich mit dem Mädchen unternahm, erfuhr ich folgendes von ihren Schicksalen und damit von der Verursachung ihrer Be-

1) Ich habe einen anderen Fall beobachtet, in dem eine Kontraktur der Masseteren der Sängerin die Ausübung ihrer Kunst unmöglich machte. Die junge Frau war durch peinliche Erlebnisse in ihrer Familie veranlaßt worden, sich zur Bühne zu wenden. Sie sang in Rom in großer Erregung Probe, als sie plötzlich die Empfindung bekam, sie könne den geöffneten Mund nicht schließen; sie fiel ohnmächtig zu Boden. Der geholte Arzt drückte die Kiefer gewaltsam znsammen; die Kranke aber blieb von da an unfähig, die Kiefer weiter als die Breite eines Fingers voneinander zu entfernen, und mußte den neugewählten Beruf aufgeben. Als sie mehrere Jahre später in meine Behandlung kam, waren die Ursachen jener Erregung offenbar längst abgetan, denn eine Massage in leichter Hypnose reichte hin, um ihr den Mund weit zu öffnen. Die Dame hat seither öffentlich gesungen.

schwerden; sie war, früh verwaist, von einer selbst kinderreichen Tante ins Haus genommen worden und wurde dadurch Teilnehmerin an einem höchst unglücklichen Familienleben. Der Mann dieser Tante, eine offenbar pathologische Persönlichkeit, mißhandelte Frau und Kinder in rohester Weise und kränkte sie besonders durch die unverhohlene sexuelle Bevorzugung der im Hause befindlichen Dienst- und Kindermädchen, was um so anstößiger wurde, je mehr die Kinder heranwuchsen. Als die Tante starb, wurde Rosalia die Schützerin der verwaisten und vom Vater bedrängten Kinderschar. Sie nahm ihre Pflichten ernst, focht alle Konflikte durch, zu denen sie diese Stellung führte, hatte aber dabei die größte Mühe aufzuwenden, um die Äußerungen ihres Hasses und ihrer Verachtung gegen den Onkel zu unterdrücken.¹ Damals entstand in ihr die Empfindung des Schnürens im Halse; jedesmal, wenn sie eine Antwort schuldig bleiben mußte, wenn sie sich gezwungen hatte, auf eine empörende Beschuldigung ruhig zu bleiben, fühlte sie das Kratzen in der Kehle, das Zusammenschnüren, das Versagen der Stimme, kurz alle die im Kehlkopfe und Schlunde lokalisierten Empfindungen, die sie jetzt im Singen störten. Es war begreiflich, daß sie nach der Möglichkeit suchte, sich selbständig zu machen, um den Aufregungen und peinlichen Eindrücken zu entgehen, die jeder Tag im Hause des Onkels brachte. Ein tüchtiger Gesanglehrer nahm sich ihrer uneigennützig an und versicherte ihr, daß ihre Stimme sie berechtigte, den Beruf einer Sängerin zu wählen. Sie begann nun heimlich Unterricht bei ihm zu nehmen, aber dadurch, daß sie oft mit dem Schnüren im Halse, wie es nach heftigen häuslichen Szenen übrig blieb, zum Sangunterrichte wegeilte, festigte sich eine Beziehung zwischen dem Singen und der hysterischen Parästhesie, die schon durch die Organempfindung beim Singen angebahnt war. Der Apparat, über den sie beim Singen frei hätte verfügen

1) [Zusatz 1924:] Auch hier war es in Wirklichkeit der Vater, nicht der Onkel.

sollen, zeigte sich besetzt mit Innervationsresten nach jenen zahlreichen Szenen unterdrückter Erregung. Sie hatte seither das Haus ihres Onkels verlassen, war in eine fremde Stadt gezogen, um der Familie fern zu bleiben, aber das Hindernis war damit nicht überwunden. Andere hysterische Symptome zeigte das schöne, ungewöhnlich verständige Mädchen nicht.

Ich bemühte mich, diese „Retentionshysterie“ durch Reproduzieren aller erregenden Eindrücke und nachträgliches Abreagieren zu erledigen. Ich ließ sie schimpfen, Reden halten, dem Onkel tüchtig die Wahrheit ins Gesicht sagen u. dgl. Diese Behandlung tat ihr auch sehr wohl; leider lebte sie unterdes hier in recht ungünstigen Verhältnissen. Sie hatte kein Glück mit ihren Verwandten. Sie war Gast bei einem anderen Onkel, der sie auch freundlich aufnahm; aber gerade dadurch erregte sie das Mißfallen der Tante. Diese Frau vermutete bei ihrem Manne ein tiefergehendes Interesse an seiner Nichte und ließ es sich angelegen sein, dem Mädchen den Aufenthalt in Wien gründlich zu verleiden. Sie hatte selbst in ihrer Jugend einer Neigung zur Künstlerschaft entsagen müssen und neidete es jetzt der Nichte, daß sie ihr Talent ausbilden konnte, obwohl hier nicht Neigung, sondern Drang zur Selbständigkeit die Entschließung herbeigeführt hatte. Rosalie fühlte sich so beengt im Hause, daß sie z. B. nicht zu singen oder Klavier zu spielen wagte, wenn die Tante in Hörweite war, und daß sie es sorgfältig vermied, dem übrigens betagten Onkel — Bruder ihrer Mutter — etwas vorzuspielen oder vorzusingen, wenn die Tante hinzukommen konnte. Während ich mich bemühte, die Spuren alter Erregungen zu tilgen, entstanden aus diesem Verhältnisse zu ihren Gastgebern neue, die endlich auch den Erfolg meiner Behandlung störten und vorzeitig die Kur unterbrachen.

Eines Tages erschien die Patientin bei mir mit einem neuen, kaum vierundzwanzig Stunden alten Symptom. Sie klagte über ein unangenehmes Prickeln in den Fingerspitzen, das seit gestern

alle paar Stunden auftrate und sie nötige, ganz besondere, schnelle Bewegungen mit den Fingern zu machen. Ich konnte den Anfall nicht sehen, sonst hätte ich wohl aus dem Anblicke der Fingerbewegungen den Anlaß erraten; ich versuchte aber sofort der Begründung des Symptoms (eigentlich des kleinen hysterischen Anfalles) durch hypnotische Analyse auf die Spur zu kommen. Da das Ganze erst seit so kurzer Zeit bestand, hoffte ich Aufklärung und Erledigung rasch herbeiführen zu können. Zu meinem Erstaunen brachte mir die Kranke — ohne Zaudern und in chronologischer Ordnung — eine ganze Reihe von Szenen, in früher Kindheit beginnend, denen etwa gemeinsam war, daß sie ein Unrecht ohne Abwehr geduldet hatte, so daß es ihr dabei in den Fingern zucken konnte, z. B. Szenen, wie daß sie in der Schule die Hand hinhalten mußte, auf die ihr der Lehrer mit dem Lineal einen Schlag versetzte. Es waren aber banale Anlässe, denen ich die Berechtigung, in die Ätiologie eines hysterischen Symptoms einzugehen, gerne bestritten hätte. Anders stand es mit einer Szene aus ihren ersten Mädchenjahren, die sich daran schloß. Der böse Onkel, der an Rheumatismus litt, hatte von ihr verlangt, daß sie ihn am Rücken massiere. Sie getraute sich nicht, es zu verweigern. Er lag dabei zu Bette, plötzlich warf er die Decke ab, erhob sich, wollte sie packen und hinwerfen. Sie unterbrach natürlich die Massage und hatte sich im nächsten Momente geflüchtet und in ihrem Zimmer versperrt. Sie erinnerte sich offenbar nicht gerne an dieses Erlebnis, wollte sich auch nicht äußern, ob sie bei der plötzlichen Entblößung des Mannes etwas gesehen habe. Die Empfindung in den Fingern mochte dabei durch den unterdrückten Impuls zu erklären sein, ihn zu züchtigen, oder einfach daher rühren, daß sie eben mit der Massage beschäftigt war. Erst nach dieser Szene kam sie auf die gestern erlebte zu sprechen, nach welcher sich Empfindung und Zucken in den Fingern als wiederkehrendes Erinnerungssymbol eingestellt hatten. Der Onkel, bei dem sie jetzt wohnte, hatte sie gebeten,

ihm etwas vorzuspielen; sie setzte sich ans Klavier und begleitete sich dabei mit Gesang in der Meinung, die Tante sei ausgegangen. Plötzlich kam die Tante in die Türe; Rosalie sprang auf, warf den Deckel des Klaviers zu und schleuderte das Notenblatt weg; es ist auch zu erraten, welche Erinnerung in ihr auftauchte und welchen Gedankengang sie in diesem Momente abwehrte, den der Erbitterung über den ungerechten Verdacht, der sie eigentlich bewegen sollte, das Haus zu verlassen, während sie doch der Kur wegen genötigt war, in Wien zu bleiben, und eine andere Unterkunft nicht hatte. Die Bewegung der Finger, die ich bei der Reproduktion dieser Szene sah, war die des Fortschnellens, als ob man — wörtlich und figürlich — etwas von sich weisen würde, ein Notenblatt wegfegen oder eine Zumutung abtun.

Sie war ganz bestimmt in ihrer Versicherung, daß sie dieses Symptom nicht vorher — nicht aus Anlaß der zuerst erzählten Szenen — verspürt hatte. Was blieb also übrig anzunehmen, als daß das gestrige Erlebnis zunächst die Erinnerung an frühere ähnlichen Inhaltes geweckt, und daß dann die Bildung eines Erinnerungssymbols der ganzen Gruppe von Erinnerungen gegolten hatte? Die Konversion war einerseits von frischerlebtem, andererseits von erinnertem Affekt bestritten worden.

Wenn man sich die Sachlage näher überlegt, muß man zugestehen, daß ein solcher Vorgang eher als Regel denn als Ausnahme bei der Entstehung hysterischer Symptome zu bezeichnen ist. Fast jedesmal, wenn ich nach der Determinierung solcher Zustände forschte, fand sich nicht ein einziger, sondern eine Gruppe von ähnlichen traumatischen Anlässen vor (vgl. die schönen Beispiele bei Frau Emmy in der Krankengeschichte A). Für manche dieser Fälle ließ sich feststellen, daß das betreffende Symptom schon nach dem ersten Trauma für kurze Zeit erschienen war, um dann zurückzutreten, bis es durch ein nächstes Trauma neuerdings hervorgerufen und stabilisiert wurde. Zwischen diesem zeitweiligen Hervortreten und dem überhaupt Latentbleiben nach den

ersten Anlässen ist aber kein prinzipieller Unterschied zu konstatieren, und in einer überwiegend großen Anzahl von Beispielen ergab sich wiederum, daß die ersten Traumen kein Symptom hinterlassen hatten, während ein späteres Trauma derselben Art ein Symptom hervorrief, welches doch zu seiner Entstehung der Mitwirkung der früheren Anlässe nicht entbehren konnte, und dessen Lösung wirklich die Berücksichtigung aller Anlässe erforderte. In die Ausdrucksweise der Konversionstheorie übersetzt, will diese unleugbare Tatsache der Summation der Traumen und der erstweiligen Latenz der Symptome besagen, daß die Konversion ebensogut von frischen wie von erinnerten Affekt statthaben kann, und diese Annahme klärt den Widerspruch völlig auf, in dem bei Fräulein Elisabeth v. R . . . Krankengeschichte und Analyse zu stehen scheinen.

Es ist ja keine Frage, daß die Gesunden die Fortdauer von Vorstellungen mit unerledigtem Affekte in ihrem Bewußtsein im großen Ausmaße ertragen. Die Behauptung, die ich eben verfochten, nähert bloß das Verhalten der Hysterischen dem der Gesunden an. Es kommt offenbar auf ein quantitatives Moment an, nämlich darauf, wieviel von solcher Affektspannung eine Organisation verträgt. Auch der Hysterische wird ein gewisses Maß unerledigt beibehalten können; wächst dasselbe durch Summation bei ähnlichen Anlässen über die individuelle Tragfähigkeit hinaus, so ist der Anstoß zur Konversion gegeben. Es ist also keine fremdartige Aufstellung, sondern beinahe ein Postulat, daß die Bildung hysterischer Symptome auch auf Kosten von erinnerten Affekte vor sich gehen könne.

Ich habe mich nun mit dem Motive und mit dem Mechanismus dieses Falles von Hysterie beschäftigt; es erübrigt noch, die Determinierung des hysterischen Symptoms zu erörtern. Warum mußten gerade die Schmerzen in den Beinen die Vertretung des seelischen Schmerzes übernehmen? Die Umstände des Falles weisen darauf hin, daß dieser somatische Schmerz nicht von der Neurose

geschaffen, sondern bloß von ihr benützt, gesteigert und erhalten wurde. Ich will gleich hinzusetzen, in den allermeisten Fällen von hysterischen Algien, in welche ich Einsicht bekommen konnte, war es ähnlich; es war immer zu Anfang ein wirklicher, organisch begründeter Schmerz vorhanden gewesen. Es sind die gemeinsten, verbreitetsten Schmerzen der Menschheit, die am häufigsten dazu berufen erscheinen, eine Rolle in der Hysterie zu spielen, vor allem die periostalen und neuralgischen Schmerzen bei Erkrankung der Zähne, die aus so verschiedenen Quellen stammenden Kopfschmerzen, und nicht minder die so häufig verkannten rheumatischen Schmerzen der Muskeln. Den ersten Anfall von Schmerzen, den Fräulein Elisabeth v. R . . . noch während der Pflege ihres Vaters gehabt, halte ich auch für einen organisch begründeten. Ich erhielt nämlich keine Auskunft, als ich nach einem psychischen Anlasse dafür forschte, und ich bin, ich gestehe es, geneigt, meiner Methode des Hervorrufens versteckter Erinnerungen differential diagnostische Bedeutung beizulegen, wenn sie sorgfältig gehandhabt wird. Dieser ursprünglich rheumatische¹ Schmerz wurde nun bei der Kranken zum Erinnerungssymbol für ihre schmerzlichen psychischen Erregungen, und zwar, soviel ich sehen kann, aus mehr als einem Grunde. Zunächst und hauptsächlich wohl darum, weil er ungefähr gleichzeitig mit jenen Erregungen im Bewußt sein vorhanden war; zweitens weil er mit dem Vorstellungsinhalte jener Zeit in mehrfacher Weise verknüpft war oder verknüpft sein konnte. Er war vielleicht überhaupt nur eine entfernte Folge der Krankenpflege, der verringerten Bewegung und der schlechteren Ernährung, welche das Amt der Pflegerin mit sich brachte. Aber das war der Kranken kaum klar geworden; mehr in Betracht kommt wohl, daß sie ihn in bedeutsamen Momenten der Pflege spüren mußte, z. B. wenn sie in der Winterkälte aus dem Bette sprang, um dem Rufe des Vaters zu folgen. Geradezu entscheidend

1) Vielleicht aber spinal-neurasthenische?

für die Richtung, welche die Konversion nahm, mußte aber die andere Weise der assoziativen Verknüpfung sein, der Umstand, daß durch eine lange Reihe von Tagen eines ihrer schmerzhaften Beine mit dem geschwollenen Beine des Vaters beim Wechsel der Binden in Berührung kam. Die durch diese Berührung ausgezeichnete Stelle des rechten Beines blieb von da an der Herd und Ausgangspunkt der Schmerzen, eine künstliche hysterogene Zone, deren Entstehung sich in diesem Falle klar durchschauen läßt.

Sollte sich jemand über diese assoziative Verknüpfung zwischen physischem Schmerz und psychischem Affekt als eine zu vielfältige und künstliche verwundern, so würde ich antworten, solche Verwunderung sei ebenso unbillig wie jene andere darüber, „daß gerade die Reichsten in der Welt das meiste Geld besitzen“. Wo nicht so reichliche Verknüpfung vorliegt, da bildet sich eben kein hysterisches Symptom, da findet die Konversion keinen Weg; und ich kann versichern, daß das Beispiel des Fräuleins Elisabeth v. R... in Hinsicht der Determinierung zu den einfacheren gehörte. Ich habe, besonders bei Frau Cäcilie M... , die verschlungensten Knoten dieser Art zu lösen gehabt.

Wie sich über diese Schmerzen die Astasie-Abasie unserer Kranken aufbaute, nachdem einmal der Konversion ein bestimmter Weg geöffnet war, dies habe ich schon in der Krankengeschichte erörtert. Ich habe aber dort auch die Behauptung vertreten, daß die Kranke die Funktionsstörung durch Symbolisierung geschaffen oder gesteigert, daß sie für ihre Unselbständigkeit, ihre Ohnmacht, etwas an den Verhältnissen zu ändern, einen somatischen Ausdruck fand in der Abasie-Astasie, und daß die Redensarten: Nicht von der Stelle kommen, keinen Anhalt haben u. dgl. die Brücke für diesen neuen Akt der Konversion bildeten. Ich werde mich bemühen, diese Auffassung durch andere Beispiele zu stützen.

Die Konversion auf Grund von Gleichzeitigkeit bei sonst vorhandener assoziativer Verknüpfung scheint an die hysterische Disposition die geringsten Ansprüche zu stellen; die Konversion durch

Symbolisierung hingegen eines höheren Grades von hysterischer Modifikation zu bedürfen, wie sie auch bei Fräulein Elisabeth erst im späteren Stadium ihrer Hysterie nachweisbar ist. Die schönsten Beispiele von Symbolisierung habe ich bei Frau Cäcilie M . . . beobachtet, die ich meinen schwersten und lehrreichsten Fall von Hysterie nennen darf. Ich habe bereits angedeutet, daß sich diese Krankengeschichte leider einer ausführlichen Wiedergabe entzieht.

Frau Cäcilie litt unter anderen Dingen an einer überaus heftigen Gesichtsneuralgie, die zwei- bis dreimal im Jahre plötzlich auftrat, fünf bis zehn Tage anhielt, jeder Therapie trotzte und dann wie abgeschnitten aufhörte. Sie beschränkte sich auf den zweiten und dritten Ast des einen Trigemini, und da Uraturie zweifellos war, und ein nicht ganz klarer „Rheumatismus acutus“ in der Geschichte der Kranken eine gewisse Rolle spielte, lag die Auffassung einer gichtischen Neuralgie nahe genug. Diese Auffassung wurde auch von den Konsiliarärzten, die jeden Anfall zu sehen bekamen, geteilt; die Neuralgie sollte mit den gebräuchlichen Methoden: elektrische Pinselung, alkalische Wässer, Abführmittel, behandelt werden, blieb aber jedesmal unbeeinflußt, bis es ihr beliebte, einem anderen Symptom den Platz zu räumen. In früheren Jahren — die Neuralgie war fünfzehn Jahre alt — waren die Zähne beschuldigt worden, diese Neuralgie zu unterhalten; sie wurden zur Extraktion verurteilt, und eines schönen Tages wurde in der Narkose die Exekution an sieben der Missetäter vollzogen. Das ging nicht so leicht ab; die Zähne saßen so fest, daß von den meisten die Wurzeln zurückgelassen werden mußten. Erfolg hatte diese grausame Operation keinen, weder zeitweiligen noch dauernden. Die Neuralgie tobte damals monatelang. Auch zur Zeit meiner Behandlung wurde bei jeder Neuralgie der Zahnarzt geholt; er erklärte jedesmal, kranke Wurzeln zu finden, begann sich an die Arbeit zu machen, wurde aber gewöhnlich bald unterbrochen, denn die Neuralgie hörte plötzlich auf und mit ihr das Verlangen nach dem Zahnarzte. In den Intervallen taten die

Zähne gar nicht weh. Eines Tages, als gerade wieder ein Anfall wütete, wurde ich von der Kranken zur hypnotischen Behandlung veranlaßt, ich legte auf die Schmerzen ein sehr energisches Verbot, und sie hörten von diesem Momente an auf. Ich begann damals Zweifel an der Echtheit dieser Neuralgie zu nähren.

Etwa ein Jahr nach diesem hypnotischen Heilerfolge nahm der Krankheitszustand der Frau Cäcilie eine neue und überraschende Wendung. Es kamen plötzlich andere Zustände, als sie den letzten Jahren eigen gewesen waren, aber die Kranke erklärte nach einigem Besinnen, daß alle diese Zustände bei ihr früher einmal dagewesen wären, und zwar über den langen Zeitraum ihrer Krankheit (dreißig Jahre) verstreut. Es wickelte sich nun wirklich eine überraschende Fülle von hysterischen Zufällen ab, welche die Kranke an ihre richtige Stelle in der Vergangenheit zu lokalisieren vermochte, und bald wurden auch die oft sehr verschlungenen Gedankenverbindungen kenntlich, welche die Reihenfolge dieser Zufälle bestimmten. Es war wie eine Reihe von Bildern mit erläuterndem Texte. Pitres muß mit der Aufstellung seines *délire ecmnésique* etwas Derartiges im Auge gehabt haben. Die Art, wie ein solcher der Vergangenheit angehöriger hysterischer Zustand reproduziert wurde, war höchst merkwürdig. Es tauchte zuerst im besten Befinden der Kranken eine pathologische Stimmung besonderer Färbung auf, welche von der Kranken regelmäßig verkannt und auf ein banales Ereignis der letzten Stunden bezogen wurde; dann folgten unter zunehmender Trübung des Bewußtseins hysterische Symptome: Halluzinationen, Schmerzen, Krämpfe, lange Deklamationen, und endlich schloß sich an diese das halluzinatorische Auftauchen eines Erlebnisses aus der Vergangenheit, welches die initiale Stimmung erklären und die jeweiligen Symptome determinieren konnte. Mit diesem letzten Stücke des Anfalles war die Klarheit wieder da, die Beschwerden verschwanden wie durch Zauber, und es herrschte wieder Wohlbefinden — bis zum nächsten Anfalle, einen halben Tag später.

Gewöhnlich wurde ich auf der Höhe des Zustandes geholt, leitete die Hypnose ein, rief die Reproduktion des traumatischen Erlebnisses hervor und bereitete dem Anfall durch Kunsthilfe ein früheres Ende. Indem ich mehrere hunderte solcher Zyklen mit der Kranken durchmachte, erhielt ich die lehrreichsten Aufschlüsse über Determinierung hysterischer Symptome. Auch war die Beobachtung dieses merkwürdigen Falles in Gemeinschaft mit Breuer der nächste Anlaß zur Veröffentlichung unserer „vorläufigen Mitteilung“.

In diesem Zusammenhange kam es endlich auch zur Reproduktion der Gesicht neuralgie, die ich als aktuellen Anfall noch selbst behandelt hatte. Ich war neugierig, ob sich hier eine psychische Verursachung ergeben würde. Als ich die traumatische Szene hervorzurufen versuchte, sah sich die Kranke in eine Zeit großer seelischer Empfindlichkeit gegen ihren Mann versetzt, erzählte von einem Gespräche, das sie mit ihm geführt, von einer Bemerkung seinerseits, die sie als schwere Kränkung aufgefaßt, dann faßte sie sich plötzlich an die Wange, schrie vor Schmerz laut auf und sagte: Das war mir wie ein Schlag ins Gesicht. — Damit war aber auch Schmerz und Anfall zu Ende.

Kein Zweifel, daß es sich hier um eine Symbolisierung gehandelt hatte; sie hatte gefühlt, als ob sie den Schlag ins Gesicht wirklich bekommen hätte. Nun wird jedermann die Frage aufwerfen, wieso wohl die Empfindung eines „Schlages ins Gesicht“ zu den Äußerlichkeiten einer Trigemini neuralgie, zur Beschränkung auf den zweiten und dritten Ast, zur Steigerung beim Mundöffnen und Kauen (nicht beim Reden!) gelangt sein mag.

Am nächsten Tage war die Neuralgie wieder da, nur ließ sie sich diesmal durch die Reproduktion einer anderen Szene lösen, deren Inhalt gleichfalls eine vermeintliche Beleidigung war. So ging es neun Tage lang fort; es schien sich zu ergeben, daß Jahre hindurch Kränkungen, insbesondere durch Worte, auf dem

Wege der Symbolisierung neue Anfälle dieser Gesichtsneuralgie hervorgerufen hatten.

Endlich gelang es aber, auch zum ersten Anfall von Neuralgie (vor mehr als fünfzehn Jahren) vorzudringen. Hier fand sich keine Symbolisierung, sondern eine Konversion durch Gleichzeitigkeit; es war ein schmerzlicher Anblick, bei dem ihr ein Vorwurf auftauchte, welcher sie veranlaßte, eine andere Gedankenreihe zurückzudrängen. Es war also ein Fall von Konflikt und Abwehr; die Entstehung der Neuralgie in diesem Momente nicht weiter erklärlich, wenn man nicht annehmen wollte, daß sie damals an leichten Zahn- oder Gesichtsschmerzen gelitten, und dies war nicht unwahrscheinlich, denn sie hatte sich gerade in den ersten Monaten der ersten Gravidität befunden.

So ergab sich also als Aufklärung, daß diese Neuralgie auf dem gewöhnlichen Wege der Konversion zum Merkzeichen einer bestimmten psychischen Erregung geworden war, daß sie aber in der Folge durch assoziative Anklänge aus dem Gedankenleben, durch symbolisierende Konversion, geweckt werden konnte; eigentlich dasselbe Verhalten, das wir bei Fräulein Elisabeth v. R . . . gefunden haben.

Ich will ein zweites Beispiel anführen, welches die Wirksamkeit der Symbolisierung unter anderen Bedingungen anschaulich machen kann: Zu einer gewissen Zeit plagte Frau Cäcilie ein heftiger Schmerz in der rechten Ferse, Stiche bei jedem Schritte, die das Gehen unmöglich machten. Die Analyse führte uns dabei auf eine Zeit, in welcher sich die Patientin in einer ausländischen Heilanstalt befunden hatte. Sie war acht Tage lang in ihrem Zimmer gelegen, sollte dann vom Hausarzte das erstemal zur gemeinsamen Tafel abgeholt werden. Der Schmerz war in dem Momente entstanden, als die Kranke seinen Arm nahm, um das Zimmer zu verlassen; er schwand während der Reproduktion dieser Szene, als die Kranke den Satz aussprach: Damals habe sie die Furcht beherrscht, ob sie auch das „rechte Auftreten“ in der fremden Gesellschaft treffen werde!

Dies scheint nun ein schlagendes, beinahe komisches Beispiel von Entstehung hysterischer Symptome durch Symbolisierung vermittels des sprachlichen Ausdruckes. Allein ein näheres Eingehen auf die Umstände jenes Momentes bevorzugt eine andere Auffassung. Die Kranke litt zu jener Zeit überhaupt an Fußschmerzen, sie war wegen Fußschmerzen solange zu Bette geblieben; und es kann nur zugegeben werden, daß die Furcht, von der sie bei den ersten Schritten befallen wurde, aus den gleichzeitig vorhandenen Schmerzen den einen, symbolisch passenden, in der rechten Ferse hervorsuchte, um ihn zu einer psychischen Algie auszubilden und ihm zu einer besonderen Fortdauer zu verhelfen.

Erscheint in diesen Beispielen der Mechanismus der Symbolisierung in den zweiten Rang gedrängt, was sicherlich der Regel entspricht, so verfüge ich doch auch über Beispiele, welche die Entstehung hysterischer Symptome durch bloße Symbolisierung zu beweisen scheinen. Eines der schönsten ist folgendes, es bezieht sich wiederum auf Frau Cäcilie. Sie lag als fünfzehnjähriges Mädchen im Bette, bewacht von ihrer gestrengen Großmama. Plötzlich schrie das Kind auf, sie hatte einen bohrenden Schmerz in der Stirne zwischen den Augen bekommen, der dann wochenlang anhielt. Bei der Analyse dieses Schmerzes, der sich nach fast dreißig Jahren reproduzierte, gab sie an, die Großmama habe sie so „durchdringend“ angeschaut, daß ihr der Blick tief ins Gehirn gedrungen wäre. Sie fürchtete nämlich, von der alten Frau mißtrauisch betrachtet worden zu sein. Bei der Mitteilung dieses Gedankens brach sie in ein lautes Lachen aus, und der Schmerz war wieder zu Ende. Hier finde ich nichts anderes als den Mechanismus der Symbolisierung, der zwischen dem Mechanismus der Autosuggestion und dem der Konversion gewissermaßen die Mitte hält.

Die Beobachtung der Frau Cäcilie M . . . hat mir Gelegenheit gegeben, geradezu eine Sammlung derartiger Symbolisierungen anzulegen. Ein ganze Reihe von körperlichen Sensationen, die

sonst als organisch vermittelt angesehen werden, hatte bei ihr psychischen Ursprung oder war wenigstens mit einer psychischen Deutung versehen. Eine gewisse Reihe von Erlebnissen war bei ihr von der Empfindung eines Stiches in der Herzgegend begleitet. („Es hat mir einen Stich ins Herz gegeben.“) Der nagelförmige Kopfschmerz der Hysterie war bei ihr unzweifelhaft als Denkschmerz aufzulösen. („Es steckt mir etwas im Kopf“); er löste sich auch jedesmal, wenn das betreffende Problem gelöst war. Der Empfindung der hysterischen Aura im Halse ging der Gedanke parallel: Das muß ich herunterschlucken, wenn diese Empfindung bei einer Kränkung auftrat. Es war eine ganze Reihe von parallellaufenden Sensationen und Vorstellungen, in welcher bald die Sensation die Vorstellung als Deutung erweckt, bald die Vorstellung durch Symbolisierung die Sensation geschaffen hatte, und nicht selten mußte es zweifelhaft bleiben, welches der beiden Elemente das primäre gewesen war.

Ich habe bei keiner anderen Patientin mehr eine so ausgiebige Verwendung der Symbolisierung auffinden können. Freilich war Frau Cäcilie M . . . eine Person von ganz ungewöhnlicher, insbesondere künstlerischer Begabung, deren hochentwickelter Sinn für Form sich in vollendet schönen Gedichten kundgab. Ich behaupte aber, es liegt weniger Individuelles und Willkürliches als man meinen sollte, darin, wenn die Hysterika der affektbetonten Vorstellung durch Symbolisierung einen somatischen Ausdruck schafft. Indem sie den sprachlichen Ausdruck wörtlich nimmt, den „Stich ins Herz“ oder den „Schlag ins Gesicht“ bei einer verletzenden Anrede wie eine reale Begebenheit empfindet, übt sie keinen witzigen Mißbrauch, sondern belebt nur die Empfindungen von neuem, denen der sprachliche Ausdruck seine Berechtigung verdankt. Wie kämen wir denn dazu, von dem Gekränkten zu sagen: „es hat ihn einen Stich ins Herz gegeben“, wenn nicht tatsächlich die Kränkung von einer derartig zu deutenden Präkordialempfindung begleitet und an ihr kenntlich wäre?

Wie wahrscheinlich ist es nicht, daß die Redensart „etwas herunterzuschlucken“, die man auf unerwiderte Beleidigung anwendet, tatsächlich von den Innervationsempfindungen herrührt, die im Schlunde auftreten, wenn man sich die Rede versagt, sich an der Reaktion auf Beleidigung hindert? All diese Sensationen und Innervationen gehören dem „Ausdruck der Gemütsbewegungen“ an, der, wie uns Darwin gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht; sie mögen gegenwärtig zumeist so abgeschwächt sein, daß ihr sprachlicher Ausdruck uns als bildliche Übertragung erscheint, allein sehr wahrscheinlich war das alles einmal wörtlich gemeint, und die Hysterie tut recht daran, wenn sie für ihre stärkeren Innervationen den ursprünglichen Wortsinn wieder herstellt. Ja, vielleicht ist es unrecht zu sagen, sie schaffe sich solche Sensationen durch Symbolisierung; sie hat vielleicht den Sprachgebrauch gar nicht zum Vorbilde genommen, sondern schöpft mit ihm aus gemeinsamer Quelle.¹

1) In Zuständen tiefer gehender psychischer Veränderung kommt offenbar auch eine symbolische Ausprägung des mehr artifiziellen Sprachgebrauches in sinnlichen Bildern und Sensationen vor. Frau Cäcilie M . . . hatte eine Zeit, in welcher sich ihr jeder Gedanke in eine Halluzination umsetzte, deren Lösung oft viel Witz erforderte. Sie klagte mir damals, sie werde durch die Halluzination belästigt, daß ihre beiden Ärzte — Breuer und ich — im Garten an zwei nahen Bäumen aufgehängt wären. Die Halluzination verschwand, nachdem die Analyse folgenden Hergang aufgedeckt hatte: Abends vorher war sie von Breuer mit der Bitte um ein bestimmtes Medikament abgewiesen worden, sie setzte dann ihre Hoffnung auf mich, fand mich aber ebenso hartherzig. Sie zürnte uns darüber und dachte in ihrem Affekt: Die zwei sind einander wert, der eine ist das Pendant zum anderen!

ZUR PSYCHOTHERAPIE DER HYSTERIE

Wir haben in der „Vorläufigen Mitteilung“ berichtet, daß sich uns während der Forschung nach der Ätiologie hysterischer Symptome auch eine therapeutische Methode ergeben hat, die wir für praktisch bedeutsam halten. „Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer größten Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekte Worte gab“ (S.85).

Wir suchten uns ferner verständlich zu machen, auf welche Weise unsere psychotherapeutische Methode wirke: „Sie hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagierten Vorstellung dadurch auf, daß sie dem eingeklemmten Affekt derselben den Ablauf durch die Rede gestattet, und bringt sie zur assoziativen Korrektur, indem sie dieselbe ins normale Bewußtsein zieht (in leichterem Hypnose) oder durch ärztliche Suggestion aufhebt, wie es im Somnambulismus mit Amnesie geschieht“ (S.97).

Ich will nun versuchen, im Zusammenhange darzutun, wie weit diese Methode trägt, um was sie mehr als andere leistet,

mit welcher Technik und mit welchen Schwierigkeiten sie arbeitet, wenngleich das Wesentliche hierüber bereits in den voranstehenden Krankengeschichten enthalten ist, und ich es nicht vermeiden kann, mich in dieser Darstellung zu wiederholen.

1

Ich darf auch für meinen Teil sagen, daß ich am Inhalte der „Vorläufigen Mitteilung“ festhalten kann; jedoch muß ich eingestehen, daß sich mir in den seither verflossenen Jahren — bei unausgesetzter Beschäftigung mit den dort berührten Problemen — neue Gesichtspunkte aufgedrängt haben, die eine wenigstens zum Teil andersartige Gruppierung und Auffassung des damals bekannten Materials an Tatsachen zur Folge hatten. Es wäre unrecht, wenn ich versuchen wollte, meinem verehrten Freunde J. Breuer zuviel von der Verantwortlichkeit für diese Entwicklung aufzubürden. Die folgenden Ausführungen bringe ich daher vorwiegend im eigenen Namen.

Als ich versuchte, die Breuersche Methode der Heilung hysterischer Symptome durch Ausforschung und Abreagieren in der Hypnose an einer größeren Reihe von Kranken zu verwenden, stießen mir zwei Schwierigkeiten auf, in deren Verfolgung ich zu einer Abänderung der Technik wie der Auffassung gelangte. 1) Es waren nicht alle Personen hypnotisierbar, die unzweifelhaft hysterische Symptome zeigten und bei denen höchstwahrscheinlich derselbe psychische Mechanismus obwaltete; 2) ich mußte Stellung zu der Frage nehmen, was denn wesentlich die Hysterie charakterisiert und wodurch sich dieselbe gegen andere Neurosen abgrenzt.

Ich verschiebe es auf später mitzuteilen, wie ich die erstere Schwierigkeit bewältigt und was ich aus ihr gelernt habe. Ich gehe zunächst darauf ein, wie ich in der täglichen Praxis gegen das zweite Problem Stellung nahm. Es ist sehr schwierig, einen

Fall von Neurose richtig zu durchschauen, ehe man ihn einer gründlichen Analyse unterzogen hat; einer Analyse, wie sie eben nur bei Anwendung der Breuerschen Methode resultiert. Die Entscheidung über Diagnose und Art der Therapie muß aber vor einer solchen gründlichen Kenntnis gefällt werden. Es blieb mir also nichts übrig, als solche Fälle für die kathartische Methode auszuwählen, die man vorläufig als Hysterie diagnostizieren konnte, die einzelne oder mehrere von den Stigmen oder charakteristischen Symptomen der Hysterie erkennen ließen. Dann ereignete es sich manchmal, daß die therapeutischen Ergebnisse trotz der Hysteriediagnose recht armselig ausfielen, daß selbst die Analyse nichts Bedeutsames zutage förderte. Andere Male versuchte ich Neurosen mit der Breuerschen Methode zu behandeln, die gewiß niemandem als Hysterie imponiert hätten, und ich fand, daß sie auf diese Weise zu beeinflussen, ja selbst zu lösen waren. So ging es mir z. B. mit den Zwangsvorstellungen, den echten Zwangsvorstellungen nach Westphalschem Muster, in Fällen, die nicht durch einen Zug an Hysterie erinnerten. Somit konnte der psychische Mechanismus, den die „Vorläufige Mitteilung“ aufgedeckt hatte, nicht für Hysterie pathognomonisch sein; ich konnte mich auch nicht entschließen, diesem Mechanismus zuliebe etwa soviel andere Neurosen in einen Topf mit der Hysterie zu werfen. Aus all den angeregten Zweifeln riß mich endlich der Plan, alle anderen in Frage kommenden Neurosen ähnlich wie die Hysterie zu behandeln, überall nach der Ätiologie und nach der Art des psychischen Mechanismus zu forschen und die Entscheidung über die Berechtigung der Hysteriediagnose von dem Ausfalle dieser Untersuchung abhängen zu lassen.

So gelangte ich, von der Breuerschen Methode ausgehend, dazu, mich mit der Ätiologie und dem Mechanismus der Neurosen überhaupt zu beschäftigen. Ich hatte dann das Glück, in verhältnismäßig kurzer Zeit bei brauchbaren Ergebnissen anzukommen. Es drängte sich mir zunächst die Erkenntnis auf, daß, insofern

man von einer Verursachung sprechen könne, durch welche Neurosen erworben würden, die Ätiologie in sexuellen Momenten zu suchen sei. Daran reihte sich der Befund, daß verschiedene sexuelle Momente, ganz allgemein genommen, auch verschiedene Bilder von neurotischen Erkrankungen erzeugen. Und nun konnte man, in dem Maße, als sich das letztere Verhältnis bestätigte, auch wagen, die Ätiologie zur Charakteristik der Neurosen zu verwerten und eine scharfe Scheidung der Krankheitsbilder der Neurosen aufzustellen. Trafen ätiologische Charaktere mit klinischen konstant zusammen, so war dies ja gerechtfertigt.

Auf diese Weise ergab sich mir, daß der Neurasthenie eigentlich ein monotones Krankheitsbild entspreche, in welchem, wie Analysen zeigten, ein „psychischer Mechanismus“ keine Rolle spiele. Von der Neurasthenie trennte sich scharf ab die Zwangneurose, die Neurose der echten Zwangsvorstellungen, für die sich ein komplizierter psychischer Mechanismus, eine der hysterischen ähnliche Ätiologie und eine weitreichende Möglichkeit der Rückbildung durch Psychotherapie erkennen ließen. Andererseits schien es mir unbedenklich geboten, von der Neurasthenie einen neurotischen Symptomkomplex abzusondern, der von einer ganz abweichenden, ja, im Grunde genommen, gegensätzlichen Ätiologie abhängt, während die Teilsymptome dieses Komplexes durch einen schon von E. Hecker¹ erkannten Charakter zusammengehalten werden. Sie sind nämlich entweder Symptome oder Äquivalente und Rudimente von Angstäußerungen und ich habe darum diesen von der Neurasthenie abzutrennenden Komplex Angstneurose geheißen. Ich habe von ihm behauptet, er käme durch die Anhäufung physischer Spannung zustande, die selbst wieder sexueller Herkunft ist; diese Neurose hat auch noch keinen psychischen Mechanismus, beeinflußt aber ganz regelmäßig das psychische Leben, so daß „ängstliche Erwartung“, Phobien, Hyperästhesie

1) E. Hecker, Zentralblatt für Nervenheilkunde, Dezember 1893.

gegen Schmerzen u. a. zu ihren regelmäßigen Äußerungen gehören. Diese Angstneurose in meinem Sinne deckt sich gewiß teilweise mit der Neurose, die unter dem Namen „Hypochondrie“ in so manchen Darstellungen neben Hysterie und Neurasthenie anerkannt wird; nur daß ich in keiner der vorliegenden Bearbeitungen die Abgrenzung dieser Neurose für die richtige halten kann, und daß ich die Brauchbarkeit des Namens Hypochondrie durch dessen feste Beziehung auf das Symptom der „Krankheitsfurcht“ beeinträchtigt finde.

Nachdem ich mir so die einfachen Bilder der Neurasthenie, der Angstneurose und der Zwangsvorstellungen fixiert hatte, ging ich an die Auffassung der gemeinhin vorkommenden Fälle von Neurosen heran, die bei der Diagnose Hysterie in Betracht kommen. Ich mußte mir jetzt sagen, daß es nicht angeht, eine Neurose im ganzen zur hysterischen zu stempeln, weil aus ihrem Symptomenkomplex einige hysterische Zeichen hervorleuchten. Ich konnte mir diese Übung sehr wohl erklären, da doch die Hysterie die älteste, die bestbekannte und die auffälligste der in Betracht kommenden Neurosen ist; aber es war doch ein Mißbrauch, derselbe, der auf die Rechnung der Hysterie so viele Züge von Perversion und Degeneration hatte setzen lassen. So oft in einem komplizierten Falle von psychischer Entartung ein hysterisches Anzeichen, eine Anästhesie, eine charakteristische Attacke zu entdecken war, hatte man das Ganze „Hysterie“ genannt und konnte dann freilich das Ärgste und das Widersprechendste unter dieser Etikette vereinigt finden. So gewiß diese Diagnostik unrecht war, so gewiß durfte man auch nach der neurotischen Seite hin sondern, und da man Neurasthenie, Angstneurose u. dgl. im reinen Zustande kannte, brauchte man sie in der Kombination nicht mehr zu übersehen.

Es schien also folgende Auffassung die berechtigtere: Die gewöhnlich vorkommenden Neurosen sind meist als „gemischte“ zu bezeichnen; von der Neurasthenie und der Angstneurose findet

man ohne Mühe auch reine Formen, am ehesten bei jugendlichen Personen. Von Hysterie und Zwangsneurose sind reine Fälle selten, für gewöhnlich sind diese beiden Neurosen mit einer Angstneurose kombiniert. Dies so häufige Vorkommen von gemischten Neurosen rührt daher, daß deren ätiologische Momente sich so häufig vermengen; bald nur zufälligerweise, bald infolge von kausalen Beziehungen zwischen den Vorgängen, aus denen die ätiologischen Momente der Neurosen fließen. Dies läßt sich unschwer im einzelnen durchführen und erweisen; für die Hysterie folgt aber hieraus, daß es kaum möglich ist, sie für die Betrachtung aus dem Zusammenhange der Sexualneurosen zu reißen; daß sie in der Regel nur eine Seite, einen Aspekt des komplizierten neurotischen Falles darstellt, und daß sie nur gleichsam im Grenzfalle als isolierte Neurose gefunden und behandelt werden kann. Man darf etwa in einer Reihe von Fällen sagen: *a potiori fit denominatio*.

Ich will die hier mitgeteilten Krankengeschichten daraufhin prüfen, ob sie meiner Auffassung von der klinischen Unselbständigkeit der Hysterie das Wort reden. Anna O., die Kranke Breuers, scheint dem zu widersprechen und eine rein hysterische Erkrankung zu erläutern. Allein dieser Fall, der so fruchtbar für die Erkenntnis der Hysterie geworden ist, wurde von seinem Beobachter gar nicht unter den Gesichtspunkt der Sexualneurose gebracht und ist heute einfach für diesen nicht zu verwerten. Als ich die zweite Kranke, Frau Emmy v. N.,¹ zu analysieren begann, lag mir die Erwartung einer Sexualneurose als Boden für die Hysterie ziemlich ferne; ich war frisch aus der Schule Charcots gekommen und betrachtete die Verknüpfung einer Hysterie mit dem Thema der Sexualität als eine Art von Schimpf — ähnlich wie die Patientinnen selbst es pflegen. Wenn ich heute meine

1) [In dieser Gesamtausgabe als Fall A bezeichnet. Der oben erwähnte Fall Anna O. die Breuersche Krankengeschichte, ist hier weggelassen worden; siehe die bibliographische Notiz auf S 76.]

Notizen über diesen Fall überblicke, ist es mir ganz unzweifelhaft, daß ich einen Fall einer schweren Angstneurose mit ängstlicher Erwartung und Phobien anerkennen muß, die aus der sexuellen Abstinenz stammte und sich mit Hysterie kombiniert hatte.

Fall B, der Fall der Miß Lucy R., ist vielleicht am ehesten ein Grenzfall von reiner Hysterie zu nennen, es ist eine kurze, episodisch verlaufende Hysterie bei unverkennbar sexueller Ätiologie, wie sie einer Angstneurose entsprechen würde; ein überreifes, liebebedürftiges Mädchen, dessen Neigung zu rasch durch ein Mißverständnis erweckt wird. Allein die Angstneurose war nicht nachzuweisen oder ist mir entgangen. Fall C, Katharina, ist geradezu ein Vorbild dessen, was ich virginale Angst genannt habe; es ist eine Kombination von Angstneurose und Hysterie; die erstere schafft die Symptome, die letztere wiederholt sie und arbeitet mit ihnen. Übrigens ein typischer Fall für so viele, „Hysterie“ genannte, jugendliche Neurosen. Fall D, der des Fräuleins Elisabeth v. R., ist wiederum nicht als Sexualneurose erforscht; einen Verdacht, daß eine Spinalneurastheme die Grundlage gebildet habe, konnte ich nur äußern und nicht bestätigen. Ich muß aber hinzufügen, seither sind die reinen Hysterien in meiner Erfahrung noch seltener geworden; wenn ich diese vier Fälle als Hysterie zusammenstellen und bei ihrer Erörterung von den für Sexualneurosen maßgebenden Gesichtspunkten absehen konnte, so liegt der Grund darin, daß es ältere Fälle sind, bei denen ich die absichtliche und dringende Forschung nach der neurotischen sexualen Unterlage noch nicht durchgeführt hatte. Und wenn ich anstatt dieser vier Fälle nicht zwölf mitgeteilt habe, aus deren Analyse eine Bestätigung des von uns behaupteten psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene zu gewinnen ist, so nötigte mich zur Enthaltung nur der Umstand, daß die Analyse diese Krankheitsfälle gleichzeitig als Sexualneurosen enthüllte, obwohl ihnen den „Namen“ Hysterie gewiß kein Diagnostiker verweigert hätte. Die Aufklärung solcher

Sexualneurosen überschreitet aber den Rahmen dieser unserer gemeinsamen Veröffentlichung.

Ich möchte nicht dahin mißverstanden werden, als ob ich die Hysterie nicht als selbständige neurotische Affektion gelten lassen wollte, als erfaßte ich sie bloß als psychische Äußerung der Angstneurose, als schriebe ich ihr bloß „ideogene“ Symptome zu und zöge die somatischen Symptome (hysterogene Punkte, Anästhesien) zur Angstneurose hinüber. Nichts von alledem; ich meine, man kann in jeder Hinsicht die von allen Beimengungen gereinigte Hysterie selbständig abhandeln, nur nicht in Hinsicht der Therapie. Denn bei der Therapie handelt es sich um praktische Ziele, um die Beseitigung des gesamten leidenden Zustandes, und wenn die Hysterie zumeist als Komponente einer gemischten Neurose vorkommt, so liegt der Fall wohl ähnlich wie bei den Mischinfektionen, wo die Erhaltung des Lebens sich als Aufgabe stellt, die nicht mit der Bekämpfung der Wirkung des einen Krankheitserregers zusammenfällt.

Es ist mir darum so wichtig, den Anteil der Hysterie an den Bildern der gemischten Neurosen von dem der Neurasthenie, Angstneurose usw. zu sondern, weil ich nach dieser Trennung einen knappen Ausdruck für den therapeutischen Wert der kathartischen Methode geben kann. Ich möchte mich nämlich der Behauptung getrauen, daß sie — prinzipiell — sehr wohl imstande ist, jedes beliebige hysterische Symptom zu beseitigen, während sie, wie leicht ersichtlich, völlig machtlos ist gegen Phänomene der Neurasthenie und nur selten und auf Umwegen die psychischen Folgen der Angstneurose beeinflußt. Ihre therapeutische Wirksamkeit wird also im einzelnen Falle davon abhängen, ob die hysterische Komponente des Krankheitsbildes eine praktisch bedeutsame Stelle im Vergleich zu den anderen neurotischen Komponenten beanspruchen darf oder nicht.

Auch eine zweite Schranke ist der Wirksamkeit der kathartischen Methode gesetzt, auf welche wir bereits in der „Vorläufigen Mit-

teilung“ hingewiesen haben. Sie beeinflußt nicht die kausalen Bedingungen der Hysterie, kann also nicht verhindern, daß an der Stelle der beseitigten Symptome neue entstehen. Im ganzen also muß ich für unsere therapeutische Methode einen hervorragenden Platz innerhalb des Rahmens einer Therapie der Neurosen beanspruchen, möchte aber davon abraten, sie außerhalb dieses Zusammenhanges zu würdigen oder in Anwendung zu ziehen. Da ich an dieser Stelle eine „Therapie der Neurosen“, wie sie dem ausübenden Arzte vonnöten wäre, nicht geben kann, stellen sich die vorstehenden Äußerungen einer aufschiebenden Verweisung auf etwaige spätere Mitteilungen gleich; doch meine ich, zur Ausführung und Erläuterung noch folgende Bemerkungen anschließen zu können:

1) Ich behaupte nicht, daß ich sämtliche hysterische Symptome, die ich mit der kathartischen Methode zu beeinflussen übernahm, auch wirklich beseitigt habe. Aber ich meine, die Hindernisse lagen an persönlichen Umständen der Fälle und waren nicht prinzipieller Natur. Ich darf diese Fälle von Mißglücken bei einer Urteilsfällung außer Betracht lassen, wie der Chirurg Fälle von Tod in der Narkose, durch Nachblutung, zufällige Sepsis u. dgl. bei der Entscheidung über eine neue Technik beiseite schiebt. Wenn ich später von den Schwierigkeiten und Übelständen des Verfahrens handeln werde, sollen die Mißerfolge solcher Herkunft nochmals gewürdigt werden.

2) Die kathartische Methode wird darum nicht wertlos, weil sie eine symptomatische und keine kausale ist. Denn eine kausale Therapie ist eigentlich zumeist nur eine prophylaktische, sie sistiert die weitere Einwirkung der Schädlichkeit, beseitigt aber damit nicht notwendig, was die Schädlichkeit bisher an Produkten ergeben hat. Es bedarf in der Regel noch einer zweiten Aktion, welche die letztere Aufgabe löst, und für diesen Zweck ist im Falle der Hysterie die kathartische Methode geradezu unübertrefflich brauchbar.

3) Wo eine Periode hysterischer Produktion, ein akuter hysterischer Paroxysmus, überwunden ist und nur noch die hysterischen Symptome als Resterscheinungen erübrigen, da genügt die kathartische Methode allen Indikationen und erzielt volle und dauernde Erfolge. Eine solche günstige Konstellation für die Therapie ergibt sich nicht selten gerade auf dem Gebiete des Geschlechtslebens, infolge der großen Schwankungen in der Intensität des sexuellen Bedürfnisses und der Komplikation der für ein sexuelles Trauma erfordernten Bedingungen. Hier leistet die kathartische Methode alles, was man ihr zur Aufgabe stellen kann, denn der Arzt kann sich nicht vorsetzen wollen, eine Konstitution wie die hysterische zu ändern; er muß sich damit bescheiden, wenn er das Leiden beseitigt, zu dem eine solche Konstitution geneigt ist und das unter Mithilfe äußerer Bedingungen aus ihr entspringen kann. Er wird zufrieden sein, wenn die Kranke wieder leistungsfähig geworden ist. Übrigens entbehrt er auch eines Trostes für die Zukunft nicht, wenn er die Möglichkeit der Rezidive in Betracht zieht. Er kennt den Hauptcharakter in der Ätiologie der Neurosen, daß deren Entstehung zumeist überdeterminiert ist, daß mehrere Momente zu dieser Wirkung zusammentreten müssen; er darf hoffen, daß dieses Zusammentreffen nicht sobald wieder statthaben wird, wenn auch einzelne der ätiologischen Momente in Wirksamkeit geblieben sind.

Man könnte einwenden, daß in solchen abgelaufenen Fällen von Hysterie die restierenden Symptome ohnedies spontan vergehen; allein hierauf darf man antworten, daß solche Spontanheilung sehr häufig weder rasch noch vollständig genug abläuft, und daß sie durch das Eingreifen der Therapie außerordentlich gefördert werden kann. Ob man mit der kathartischen Therapie nur das heilt, was der Spontanheilung fähig ist, oder gelegentlich auch anderes, was sich spontan nicht gelöst hätte, das darf man für jetzt gerne ungeschlichtet lassen.

4) Wo man auf eine akute Hysterie gestoßen ist, einen Fall in der Periode lebhaftester Produktion von hysterischen Symptomen

und konsekutiver Überwältigung des Ich durch die Krankheitsprodukte (hysterische Psychose), da wird auch die kathartische Methode am Eindrücke und Verlaufe des Krankheitsfalles wenig ändern. Man befindet sich dann wohl in derselben Stellung gegen die Neurose, welche der Arzt gegen eine akute Infektionskrankheit einnimmt. Die ätiologischen Momente haben zu einer verflöhenen, jetzt der Beeinflussung entzogenen Zeit ihre Wirkung in genügendem Ausmaße geübt, nun werden dieselben nach Überwindung des Inkubationsintervalls manifest; die Affektion läßt sich nicht abbrechen; man muß ihren Ablauf abwarten und unterdes die günstigsten Bedingungen für den Kranken herstellen. Beseitigt man nun während einer solchen akuten Periode die Krankheitsprodukte, die neu entstandenen hysterischen Symptome, so darf man sich darauf gefaßt machen, daß die beseitigten als bald durch neue ersetzt werden. Der verstimmende Eindruck einer Danaidenarbeit, einer „Mohrenwäsche“ wird dem Arzte nicht erspart bleiben, der riesige Aufwand von Mühe, die Unbefriedigung der Angehörigen, denen die Vorstellung der notwendigen Zeitdauer einer akuten Neurose kaum so vertraut sein wird wie im analogen Falle einer akuten Infektionskrankheit, dies und anderes wird wahrscheinlich die konsequente Anwendung der kathartischen Methode im angenommenen Falle meist unmöglich machen. Doch bleibt es sehr in Erwägung zu ziehen, ob nicht auch bei einer akuten Hysterie die jedesmalige Beseitigung der Krankheitsprodukte einen heilenden Einfluß übt, indem sie das mit der Abwehr beschäftigte normale Ich des Kranken unterstützt und es vor der Überwältigung, vor dem Verfall in Psychose, vielleicht in endgültige Verworrenheit bewahrt.

Was die kathartische Methode auch bei akuter Hysterie zu leisten vermag, und daß sie selbst die Neuproduktion an krankhaften Symptomen in praktisch bemerkbarer Weise einschränkt, das erhellt wohl unzweifelhaft aus der Geschichte der Anna O . . . ,

an welcher Breuer dies psychotherapeutische Verfahren zuerst ausüben lernte.

5) Wo es sich um chronisch verlaufende Hysterien mit mäßiger, aber unausgesetzter Produktion von hysterischen Symptomen handelt, da lernt man wohl den Mangel einer kausal wirksamen Therapie am stärksten bedauern, aber auch die Bedeutung des kathartischen Verfahrens als symptomatische Therapie am meisten schätzen. Dann hat man es mit der Schädigung durch eine chronisch fortwirkende Ätiologie zu tun; es kommt alles darauf an, das Nervensystem des Kranken in seiner Resistenzfähigkeit zu kräftigen, und man muß sich sagen, die Existenz eines hysterischen Symptoms bedeute für dieses Nervensystem eine Schwächung seiner Resistenz und stelle ein zur Hysterie disponierendes Moment dar. Wie aus dem Mechanismus der monosymptomatischen Hysterie hervorgeht, bildet sich ein neues hysterisches Symptom am leichtesten im Anschlusse und nach Analogie eines bereits vorhandenen; die Stelle, wo es bereits einmal „durchgeschlagen“ hat,¹ stellt einen schwachen Punkt dar, an welchem es auch das nächste Mal durchschlagen wird; die einmal abgespaltene psychische Gruppe spielt die Rolle des provozierenden Kristalls, von dem mit großer Leichtigkeit eine sonst unterbliebene Kristallisation ausgeht. Die bereits vorhandenen Symptome beseitigen, die ihnen zugrunde liegenden psychischen Veränderungen aufheben, heißt den Kranken das volle Maß ihrer Resistenzfähigkeit wiedergeben, mit dem sie erfolgreich der Einwirkung der Schädlichkeit widerstehen können. Man kann solchen Kranken durch länger fortgesetzte Überwachung und zeitweiliges „chimney sweeping“² sehr viel leisten.

6) Ich hätte noch des scheinbaren Widerspruches zu gedenken, der sich zwischen dem Zugeständnisse, daß nicht alle hysterischen

1) Vgl. Breuers in diese Gesamtausgabe nicht aufgenommene Arbeit „Theoretisches“ in der Originalausgabe der „Studien über Hysterie von J. Breuer und Sigm. Freud“, 4. Aufl., S. 177.

2) Vgl. Breuers in diese Gesamtausgabe nicht aufgenommene Krankengeschichte „Frl. Anna O . . .“ in der Originalausgabe der „Studien über Hysterie“, 4. Aufl., S. 23.

Symptome psychogen seien, und der Behauptung, daß man sie alle durch ein psychotherapeutisches Verfahren beseitigen könne, erhebt. Die Lösung liegt darin, daß ein Teil dieser nicht psychogenen Symptome zwar Krankheitszeichen darstellt, aber nicht als Leiden bezeichnet werden darf, so die Stigmata; es macht sich also praktisch nicht bemerkbar, wenn sie die therapeutische Erledigung des Krankheitsfalles überdauern. Für andere solche Symptome scheint zu gelten, daß sie auf irgend einem Umwege von den psychogenen Symptomen mitgerissen werden, wie sie ja wohl auch auf irgend einem Umwege doch von psychischer Verursachung abhängen.

*

Ich habe nun der Schwierigkeiten und Übelstände unseres therapeutischen Verfahrens zu gedenken, soweit diese nicht aus den vorstehenden Krankengeschichten oder aus den folgenden Bemerkungen über die Technik der Methode jedermann einleuchten können. — Ich will mehr aufzählen und andeuten als ausführen: Das Verfahren ist mühselig und zeitraubend für den Arzt, es setzt ein großes Interesse für psychologische Vorkommnisse und doch auch persönliche Teilnahme für den Kranken bei ihm voraus. Ich könnte mir nicht vorstellen, daß ich es zustande brächte, mich in den psychischen Mechanismus einer Hysterie bei einer Person zu vertiefen, die mir gemein und widerwärtig vorkäme, die nicht bei näherer Bekanntschaft imstande wäre, menschliche Sympathie zu erwecken, während ich doch die Behandlung eines Tabikers oder Rheumatikers unabhängig von solchem persönlichen Wohlgefallen halten kann. Nicht mindere Bedingungen werden von seiten der Kranken erfordert. Unterhalb eines gewissen Niveaus von Intelligenz ist das Verfahren überhaupt nicht anwendbar, durch jede Beimengung von Schwachsinn wird es außerordentlich erschwert. Man braucht die volle Einwilligung, die volle Aufmerksamkeit der Kranken, vor allem aber ihr Zutrauen, da die Analyse regelmäßig auf die intimsten und

geheimst gehaltenen psychischen Vorgänge führt. Ein guter Teil der Kranken, die für solche Behandlung geeignet wären, entzieht sich dem Arzte, sobald ihnen die Ahnung aufdämmert, nach welcher Richtung sich dessen Forschung bewegen wird. Für diese ist der Arzt ein Fremder geblieben. Bei anderen, die sich entschlossen haben, sich dem Arzte zu überliefern und ihm ein Vertrauen einzuräumen, wie es sonst nur freiwillig gewährt, aber nie gefordert wird, bei diesen anderen, sage ich, ist es kaum zu vermeiden, daß nicht die persönliche Beziehung zum Arzte sich wenigstens eine Zeitlang ungebührlich in den Vordergrund drängt; ja, es scheint, als ob eine solche Einwirkung des Arztes die Bedingung sei, unter welcher die Lösung des Problems allein gestattet ist. Ich meine nicht, daß es an diesem Sachverhalt etwas Wesentliches ändert, ob man sich der Hypnose bedienen konnte oder dieselbe umgehen und ersetzen mußte. Nur fordert die Billigkeit, hervorzuheben, daß diese Übelstände, obwohl unzertrennlich von unserem Verfahren, doch nicht diesem zur Last gelegt werden können. Es ist vielmehr recht einsichtlich, daß sie in den Vorbedingungen der Neurosen, die geheilt werden sollen, begründet sind, und daß sie sich an jede ärztliche Tätigkeit heften werden, die mit einer intensiven Bekümmernung um den Kranken einhergeht und eine psychische Veränderung in ihm herbeiführt. Auf die Anwendung der Hypnose konnte ich keinen Schaden und keine Gefahr zurückführen, so ausgiebigen Gebrauch ich auch in einzelnen Fällen von diesem Mittel machte. Wo ich Schaden angestiftet habe, lagen die Gründe anders und tiefer. Überblicke ich die therapeutischen Bemühungen dieser Jahre, seitdem mir die Mitteilungen meines verehrten Lehrers und Freundes J. Breuer die kathartische Methode in die Hand gegeben haben, so meine ich, ich habe, weit mehr und häufiger als geschadet, doch genützt und manches zustande gebracht, wozu sonst kein therapeutisches Mittel gereicht hätte. Es war im ganzen, wie es die „Vorläufige Mitteilung“ ausdrückt, „ein bedeutender therapeutischer Gewinn“.

Noch einen Gewinn bei Anwendung dieses Verfahrens muß ich hervorheben. Ich weiß mir einen schweren Fall von komplizierter Neurose mit viel oder wenig Beimengung von Hysterie nicht besser zurechtzulegen, als indem ich ihn einer Analyse mit der Breuerschen Methode unterziehe. Dabei geht zunächst weg, was den hysterischen Mechanismus zeigt; den Rest von Erscheinungen habe ich unterdes bei dieser Analyse deuten und auf seine Ätiologie zurückführen gelernt und habe so die Anhaltspunkte dafür gewonnen, was von dem Rüstzeuge der Neurosen-therapie im betreffenden Falle angezeigt ist. Wenn ich an die gewöhnliche Verschiedenheit zwischen meinem Urteile über einen Fall von Neurose vor und nach einer solchen Analyse denke, gerate ich fast in Versuchung, diese Analyse für unentbehrlich zur Kenntnis einer neurotischen Erkrankung zu halten. Ich habe mich ferner daran gewöhnt, die Anwendung der kathartischen Psychotherapie mit einer Liegekur zu verbinden, die nach Bedürfnis zur vollen Weir-Mitchellschen Mastkur ausgestaltet wird. Ich habe dabei den Vorteil, daß ich so einerseits die während einer Psychotherapie sehr störende Einmischung neuer psychischer Eindrücke vermeide, andererseits die Langweile der Mastkur, in der die Kranken nicht selten in ein schädliches Träumen verfallen, ausschließe. Man sollte erwarten, daß die oft sehr erhebliche psychische Arbeit, die man während einer kathartischen Kur den Kranken aufbürdet, die Erregungen infolge der Reproduktion traumatischer Erlebnisse, dem Sinne der Weir-Mitchellschen Ruhekur zuwiderliefe und die Erfolge verhinderte, die man von ihr zu sehen gewohnt ist. Allein das Gegenteil trifft zu; man erreicht durch solche Kombinationen der Breuerschen mit der Weir-Mitchellschen Therapie alle körperliche Aufbesserung, die man von letzterer erwartet, und so weitgehende psychische Beeinflussung, wie sie ohne Psychotherapie bei der Ruhekur niemals zustande kommt.

Ich knüpfte nun an meine früheren Bemerkungen an, bei meinen Versuchen, die Breuersche Methode im größeren Umfange anzuwenden, sei ich an die Schwierigkeit geraten, daß eine Anzahl von Kranken nicht in Hypnose zu versetzen war, obwohl die Diagnose auf Hysterie lautete und die Wahrscheinlichkeit für die Geltung des von uns beschriebenen psychischen Mechanismus sprach. Ich bedurfte ja der Hypnose zur Erweiterung des Gedächtnisses, um die im gewöhnlichen Bewußtsein nicht vorhandenen pathogenen Erinnerungen zu finden, mußte also entweder auf solche Kranke verzichten oder diese Erweiterung auf andere Weise zu erreichen suchen.

Woran es liegt, daß der eine hypnotisierbar ist, der andere nicht, das wußte ich mir ebensowenig wie andere zu deuten, konnte also einen kausalen Weg zur Beseitigung der Schwierigkeit nicht einschlagen. Ich merkte nur, daß bei manchen Patienten das Hindernis noch weiter zurück lag; sie weigerten sich bereits des Versuches zur Hypnose. Ich kam dann einmal auf den Einfall, daß beide Fälle identisch sein mögen und beide ein Nichtwollen bedeuten können. Nicht hypnotisierbar sei derjenige, der ein psychisches Bedenken gegen die Hypnose hat, gleichgültig, ob er es als Nichtwollen äußert oder nicht. Ich bin mir nicht klar geworden, ob ich diese Auffassung festhalten darf.

Es galt aber, die Hypnose zu umgehen und doch die pathogenen Erinnerungen zu gewinnen. Dazu gelangte ich auf folgende Weise:

Wenn ich bei der ersten Zusammenkunft meine Patienten fragte, ob sie sich an den ersten Anlaß des betreffenden Symptoms erinnerten, so sagten die einen, sie wüßten nichts, die anderen brachten irgend etwas bei, was sie als eine dunkle Erinnerung bezeichneten und nicht weiter verfolgen konnten. Wenn ich nun nach dem Beispiele von Bernheim bei der Erweckung der an-

geblich vergessenen Eindrücke aus dem Somnambulismus dringlich wurde, beiden versicherte, sie wüßten es, sie würden sich besinnen usw. (vgl. S. 167), so fiel den einen doch etwas ein, und bei anderen griff die Erinnerung um ein Stück weiter. Nun wurde ich noch dringender, hieß die Kranken sich niederlegen und die Augen willkürlich schließen, um sich zu „konzentrieren“, was wenigstens eine gewisse Ähmlichkeit mit der Hypnose ergab, und machte da die Erfahrung, daß ohne alle Hypnose neue und weiter zurückreichende Erinnerungen auftauchten, die wahrscheinlich zu unserem Thema gehörten. Durch solche Erfahrungen gewann ich den Eindruck, es würde in der Tat möglich sein, die doch sicherlich vorhandenen pathogenen Vorstellungsreihen durch bloßes Drängen zum Vorschein zu bringen, und da dieses Drängen mich Anstrengung kostete und mir die Deutung nahelegte, ich hätte einen Widerstand zu überwinden, so setzte sich mir der Sachverhalt ohneweiters in die Theorie um, daß ich durch meine psychische Arbeit eine psychische Kraft bei dem Patienten zu überwinden habe, die sich dem Bewußtwerden (Erinnern) der pathogenen Vorstellungen widersetze. Ein neues Verständnis schien sich mir nun zu eröffnen, als mir einfiel, dies dürfte wohl dieselbe psychische Kraft sein, die bei der Entstehung des hysterischen Symptoms mitgewirkt und damals das Bewußtwerden der pathogenen Vorstellung verhindert habe. Was für Kraft war da wohl als wirksam anzunehmen und welches Motiv konnte sie zur Wirkung gebracht haben? Ich konnte mir leicht eine Meinung hierüber bilden; es standen mir ja bereits einige vollendete Analysen zu Gebote, in denen ich Beispiele von pathogenen, vergessenen und außer Bewußtsein gebrachten Vorstellungen kennen gelernt hatte. Aus diesen ersah ich einen allgemeinen Charakter solcher Vorstellungen; sie waren sämtlich peinlicher Natur, geeignet, die Affekte der Scham, des Vorwurfes, des psychischen Schmerzes, die Empfindung der Beeinträchtigung hervorzurufen, sämtlich von der Art, wie man sie gerne nicht

erlebt haben möchte, wie man sie am liebsten vergißt. Aus alledem ergab sich wie von selbst der Gedanke der Abwehr. Es wird ja von den Psychologen allgemein zugegeben, daß die Annahme einer neuen Vorstellung (Annahme im Sinne des Glaubens, des Zuerkennens von Realität) von der Art und Richtung der bereits im Ich vereinigten Vorstellungen abhängt, und sie haben für den Vorgang der Zensur, dem die neu anlangende unterliegt, besondere technische Namen geschaffen. An das Ich des Kranken war eine Vorstellung herangetreten, die sich als unverträglich erwies, die eine Kraft der Abstoßung von seiten des Ich wahrrief, deren Zweck die Abwehr dieser unverträglichen Vorstellung war. Diese Abwehr gelang tatsächlich, die betreffende Vorstellung war aus dem Bewußtsein und aus der Erinnerung gedrängt, ihre psychische Spur war anscheinend nicht aufzufinden. Doch mußte diese Spur vorhanden sein. Wenn ich mich bemühte, die Aufmerksamkeit auf sie zu lenken, bekam ich dieselbe Kraft als Widerstand zu spüren, die sich bei der Genese des Symptoms als Abstoßung gezeigt hatte. Wenn ich nun wahrscheinlich machen konnte, daß die Vorstellung gerade infolge der Ausstoßung und Verdrängung pathogen geworden war, so schien die Kette geschlossen. Ich habe in mehreren Epikrisen unserer Krankengeschichten und in einer kleinen Arbeit über die Abwehrneuropsychosen (1894) versucht, die psychologischen Hypothesen anzudeuten, mit deren Hilfe man auch diesen Zusammenhang — die Tatsache der Konversion — anschaulich machen kann.

Also eine psychische Kraft, die Abneigung des Ich, hatte ursprünglich die pathogene Vorstellung aus der Assoziation gedrängt und widersetzte sich ihrer Wiederkehr in der Erinnerung. Das Nichtwissen der Hysterischen war also eigentlich ein — mehr oder minder bewußtes-Nichtwissenwollen, und die Aufgabe des Therapeuten bestand darin, diesen Assoziationswiderstand durch psychische Arbeit zu überwinden. Solche Leistung erfolgt zuerst durch „Drängen“, Anwendung eines psychischen Zwanges, um

die Aufmerksamkeit der Kranken auf die gesuchten Vorstellungsspuren zu lenken. Sie ist aber damit nicht erschöpft, sondern nimmt, wie ich zeigen werde, im Verlaufe einer Analyse andere Formen an und ruft weitere psychische Kräfte zur Hilfe.

Ich verweile zunächst noch beim Drängen. Mit dem einfachen Versichern: Sie wissen es ja, sagen Sie es doch, es wird Ihnen gleich einfallen, kommt man noch nicht sehr weit. Nach wenigen Sätzen reißt auch bei dem in der „Konzentration“ befindlichen Kranken der Faden ab. Man darf aber nicht vergessen, daß es sich hier überall um quantitative Vergleichung, um den Kampf zwischen verschieden starken oder intensiven Motiven handelt. Dem „Assoziationswiderstande“ bei einer ernsthaften Hysterie ist das Drängen des fremden und der Sache unkundigen Arztes an Macht nicht gewachsen. Man muß auf kräftigere Mittel sinnen.

Da bediene ich mich denn zunächst eines kleinen technischen Kunstgriffes. Ich teile dem Kranken mit, daß ich im nächsten Momente einen Druck auf seine Stirne ausüben werde, versichere ihm, daß er während dieses ganzen Druckes eine Erinnerung als Bild vor sich sehen oder als Einfall in Gedanken haben werde, und verpflichte ihn dazu, dieses Bild oder diesen Einfall mir mitzuteilen, was immer das sein möge. Er dürfe es nicht für sich behalten, weil er etwa meine, es sei nicht das Gesuchte, das Richtige, oder weil es ihm zu unangenehm sei, es zu sagen. Keine Kritik, keine Zurückhaltung, weder aus Affekt noch aus Geringschätzung! Nur so könnten wir das Gesuchte finden, so fänden wir es aber unfehlbar. Dann drücke ich für ein paar Sekunden auf die Stirn des vor mir liegenden Kranken, lasse sie frei und frage ruhigen Tones, als ob eine Enttäuschung ausgeschlossen wäre: Was haben Sie gesehen? oder: Was ist Ihnen eingefallen?

Dieses Verfahren hat mich viel gelehrt und auch jedesmal zum Ziele geführt; ich kann es heute nicht mehr entbehren. Ich weiß natürlich, daß ich solchen Druck auf die Stirne durch irgend ein

anderes Signal oder eine andere körperliche Beeinflussung des Kranken ersetzen könnte, aber wie der Kranke vor mir liegt, ergibt sich der Druck auf die Stirne oder das Fassen seines Kopfes zwischen meinen beiden Händen als das Suggestivste und Bequemste, was ich zu diesem Zwecke vornehmen kann. Zur Erklärung der Wirksamkeit dieses Kunstgriffes könnte ich etwa sagen, er entspreche einer „momentan verstärkten Hypnose“, allein der Mechanismus der Hypnose ist mir so rätselhaft, daß ich mich zur Erläuterung nicht auf ihn beziehen möchte. Ich meine eher, der Vorteil des Verfahrens liege darin, daß ich hiedurch die Aufmerksamkeit des Kranken von seinem bewußten Suchen und Nachdenken, kurz von alledem, woran sich sein Wille äußern kann, dissoziiere, ähnlich wie es sich wohl beim Starren in eine kristallene Kugel u. dgl. vollzieht. Die Lehre aber, die ich daraus ziehe, daß sich unter dem Drucke meiner Hand jedesmal das einstellt, was ich suche, die lautet: Die angeblich vergessene pathogene Vorstellung liege jedesmal „in der Nähe“ bereit, sei durch leicht zugängliche Assoziationen erreichbar; es handle sich nur darum, irgend ein Hindernis wegzuräumen. Dieses Hindernis scheint wieder der Wille der Person zu sein, und verschiedene Personen lernen es verschieden leicht, sich ihrer Absichtlichkeit zu entäußern und sich vollkommen objektiv beobachtend gegen die psychischen Vorgänge in ihnen zu verhalten.

Es ist nicht immer eine „vergessene“ Erinnerung, die unter dem Drucke der Hand auftaucht; in den seltensten Fällen liegen die eigentlich pathogenen Erinnerungen so oberflächlich auffindbar. Weit häufiger taucht eine Vorstellung auf, die ein Mittelglied zwischen der Ausgangsvorstellung und der gesuchten pathogenen in der Assoziationskette ist, oder eine Vorstellung, die den Ausgangspunkt einer neuen Reihe von Gedanken und Erinnerungen bildet, an deren Ende die pathogene Vorstellung steht. Der Druck hat dann zwar nicht die pathogene Vorstellung enthüllt — die übrigens ohne Vorbereitung, aus dem Zusammenhange gerissen,

unverständlich wäre —, aber er hat den Weg zu ihr gezeigt, die Richtung angegeben, nach welcher die Forschung fortzuschreiten hat. Die durch den Druck zunächst geweckte Vorstellung kann dabei einer wohlbekanntem, niemals verdrängten Erinnerung entsprechen. Wo auf dem Wege zur pathogenen Vorstellung der Zusammenhang wieder abreißt, da bedarf es nur einer Wiederholung der Prozedur, des Druckes, um neue Orientierung und Anknüpfung zu schaffen.

In noch anderen Fällen weckt man durch den Druck der Hand eine Erinnerung, die, an sich dem Kranken wohl bekannt, ihn doch durch ihr Erscheinen in Verwunderung setzt, weil er ihre Beziehung zur Ausgangsvorstellung vergessen hat. Im weiteren Verlaufe der Analyse wird diese Beziehung dann erwiesen. Aus all diesen Ergebnissen des Drückens erhält man den täuschenden Eindruck einer überlegenen Intelligenz außerhalb des Bewußtseins des Kranken, die ein großes psychisches Material zu bestimmten Zwecken geordnet hält und ein sinnvolles Arrangement für dessen Wiederkehr ins Bewußtsein getroffen hat. Wie ich vermute, ist diese unbewußte zweite Intelligenz doch nur ein Anschein.

In jeder komplizierteren Analyse arbeitet man wiederholt, ja eigentlich fortwährend, mit Hilfe dieser Prozedur (des Druckes auf die Stirne), welche bald von dort aus, wo die wachen Zurückführungen des Patienten abbrechen, den weiteren Weg über bekannt gebliebene Erinnerungen anzeigt, bald auf Zusammenhänge aufmerksam macht, die in Vergessenheit geraten sind, dann Erinnerungen hervorruft und anreicht, welche seit vielen Jahren der Assoziation entzogen waren, aber noch als Erinnerungen erkannt werden können, und endlich als höchste Leistung der Reproduktion Gedanken auftauchen läßt, die der Kranke niemals als die seinigen anerkennen will, die er nicht erinnert, obwohl er zugesteht, daß sie von dem Zusammenhänge unerbittlich gefordert werden, und während er sich überzeugt, daß gerade diese Vor-

stellungen den Abschluß der Analyse und das Aufhören der Symptome herbeiführen.

Ich will versuchen, einige Beispiele von den ausgezeichneten Leistungen dieses technischen Verfahrens aneinanderzureihen: Ich behandelte ein junges Mädchen mit einer unausstehlichen, seit sechs Jahren fortgeschleppten Tussis nervosa, die offenbar aus jedem gemeinen Katarrh Nahrung zog, aber doch ihre starken psychischen Motive haben mußte. Jede andere Therapie hatte sich längst ohnmächtig gezeigt; ich versuche also das Symptom auf dem Wege der psychischen Analyse aufzuheben. Sie weiß nur, daß ihr nervöser Husten begann, als sie, vierzehn Jahre alt, bei einer Tante in Pension war; von psychischen Erregungen in jener Zeit will sie nichts wissen, sie glaubt nicht an eine Motivierung des Leidens. Unter dem Drucke meiner Hand erinnert sie sich zuerst an einen großen Hund. Sie erkennt dann das Erinnerungsbild, es war ein Hund ihrer Tante, der sich ihr anschloß, sie überallhin begleitete u. dgl. Ja, und jetzt fällt ihr, ohne weitere Nachhilfe, ein, daß dieser Hund gestorben, daß die Kinder ihn feierlich begraben haben und daß auf dem Rückwege von diesem Begräbnisse ihr Husten aufgetreten ist. Ich frage, warum, muß aber wieder durch den Druck nachhelfen; da stellt sich denn der Gedanke ein: Jetzt bin ich ganz allein auf der Welt. Niemand liebt mich hier, dieses Tier war mein einziger Freund, und den habe ich jetzt verloren. — Sie setzt nun die Erzählung fort: Der Husten schwand, als ich von der Tante wegkam, trat aber eineinhalb Jahre später wieder auf. — Was war da der Grund? — Ich weiß nicht. — Ich drücke wieder; sie erinnert sich an die Nachricht vom Tode ihres Onkels, bei welcher der Husten wieder ausbrach, und an einen ähnlichen Gedankengang. Der Onkel war angeblich der einzige in der Familie gewesen, der ein Herz für sie gehabt, der sie geliebt hatte. Dies war nun die pathogene Vorstellung: Man liebe sie nicht, man ziehe ihr jeden anderen vor, sie verdiene es auch nicht, geliebt zu werden u. dgl.

An der Vorstellung der „Liebe“ aber haftete etwas, bei dessen Mitteilung sich ein arger Widerstand erhob. Die Analyse brach noch vor der Klärung ab.

*

Vor einiger Zeit sollte ich eine ältere Dame von ihren Angst-
anfällen befreien, die nach ihren Charaktereigenschaften kaum für
derartige Beeinflussung geeignet war. Sie war seit der Menopause
übermäßig fromm geworden und empfing mich jedesmal wie den
Gottseibeiuns, mit einem kleinen elfenbeinernen Kruzifix be-
waffnet, das sie in der Hand verbarg. Ihre Angstanfälle, die hyste-
rischen Charakter trugen, reichten in frühe Mädchenjahre zurück
und rührten angeblich von dem Gebrauch eines Jodpräparates
her, mit welchem eine mäßige Schwellung der Thyreoidea rück-
gängig gemacht werden sollte. Ich verwarf natürlich diese Her-
leitung und suchte sie durch eine andere zu ersetzen, die mit
meinen Anschauungen über die Ätiologie neurotischer Symptome
besser in Einklang stand. Auf die erste Frage nach einem Ein-
drucke aus der Jugend, der mit den Angstanfällen in kausalem
Zusammenhange stünde, tauchte unter dem Drucke meiner Hand
die Erinnerung an die Lektüre eines sogenannten Erbauungs-
buches auf, in dem eine pietistisch genug gehaltene Erwähmung
der Sexualvorgänge zu finden war. Die betreffende Stelle machte
auf das Mädchen einen der Intention des Autors entgegengesetzten
Eindruck; sie brach in Tränen aus und schleuderte das Buch von
sich. Dies war vor dem ersten Angstanfalle. Ein zweiter Druck
auf die Stirn der Kranken beschwor eine nächste Reminiszenz
herauf, die Erinnerung an einen Erzieher der Brüder, der ihr
große Ehrfurcht bezeugt und für den sie selbst eine wärmere
Empfindung verspürt hatte. Diese Erinnerung gipfelte in der Re-
produktion eines Abends im elterlichen Hause, an dem sie alle
mit dem jungen Manne um den Tisch herum saßen und sich
im anregenden Gespräche so köstlich unterhielten. In der Nacht,

die auf diesen Abend folgte, weckte sie der erste Angstanfall, der wohl mehr mit der Auflehnung gegen eine sinnliche Regung als mit dem etwa gleichzeitig gebrauchten Jod zu tun hatte. — Auf welche andere Weise hätte ich wohl Aussicht gehabt, bei dieser widerspenstigen, gegen mich und jede weltliche Therapie eingenommenen Patientin einen solchen Zusammenhang gegen ihre eigene Meinung und Behauptung aufzudecken?

*

Ein anderes Mal handelte es sich um eine junge, glücklich verheiratete Frau, die schon in den ersten Mädchenjahren eine Zeitlang jeden Morgen in einem Zustande von Betäubung, mit starren Gliedern, offenem Munde und vorgestreckter Zunge gefunden wurde, und die jetzt ähnliche, wenn auch nicht so arge Anfälle beim Aufwachen wiederholte. Eine tiefe Hypnose erwies sich als unerreichbar; ich begann also mit der Ausforschung im Zustande der Konzentration und versicherte ihm beim ersten Drucke, sie werde jetzt etwas sehen, was unmittelbar mit den Ursachen des Zustandes in der Kindheit zusammenhinge. Sie benahm sich ruhig und willig, sah die Wohnung wieder, in der sie die ersten Mädchenjahre verbracht hatte, ihr Zimmer, die Stellung ihres Bettes, die Großmutter, die damals mit ihnen lebte, und eine ihrer Gouvernanten, die sie sehr geliebt hatte. Mehrere kleine Szenen in diesen Räumen und zwischen diesen Personen, eigentlich alle belanglos, folgten einander; den Schluß machte der Abschied der Gouvernante, die vom Hause weg heiratete. Mit diesen Reminiszenzen wußte ich nun gar nichts anzufangen, eine Beziehung derselben zur Ätiologie der Anfälle konnte ich nicht herstellen. Es war allerdings, an verschiedenen Umständen kenntlich, die nämliche Zeit, in welcher die Anfälle zuerst erschienen waren.

Noch ehe ich aber die Analyse fortsetzen konnte, hatte ich Gelegenheit, mit einem Kollegen zu sprechen, der in früheren

Jahren Arzt des elterlichen Hauses meiner Patientin gewesen war. Von ihm erhielt ich folgende Aufklärung: Zur Zeit, da er das reifende, körperlich sehr gut entwickelte Mädchen an jenen ersten Anfällen behandelte, fiel ihm die übergroße Zärtlichkeit im Verkehre zwischen ihr und der im Hause befindlichen Gouvernante auf. Er schöpfte Verdacht und veranlaßte die Großmutter, die Überwachung dieses Verkehrs zu übernehmen. Nach kurzer Zeit konnte die alte Dame ihm berichten, daß die Gouvernante dem Kinde nächtliche Besuche im Bette abzustatten pflege, und daß ganz regelmäßig nach solchen Nächten das Kind am Morgen im Anfalle gefunden werde. Sie zögerten nun nicht, die geräuschlose Entfernung dieser Jugendverderberin durchzusetzen. Die Kinder und selbst die Mutter wurden in der Meinung erhalten, daß die Gouvernante das Haus verlasse, um zu heiraten.

Die zunächst erfolgreiche Therapie bestand nun darin, daß ich der jungen Frau die mir gegebene Aufklärung mitteilte.

*

Gelegentlich erfolgen die Aufschlüsse, die man durch die Prozedur des Drückens erhält, in sehr merkwürdiger Form und unter Umständen, welche die Annahme einer unbewußten Intelligenz noch verlockender erscheinen lassen. So erinnere ich mich einer an Zwangsvorstellungen und Phobien seit vielen Jahren leidenden Dame, die mich in betreff der Entstehung ihres Leidens auf ihre Kinderjahre verwies, aber auch gar nichts zu nennen wußte, was dafür zu beschuldigen gewesen wäre. Sie war aufrichtig und intelligent und leistete nur einen bemerkenswert geringen bewußten Widerstand. (Ich schalte hier ein, daß der psychische Mechanismus der Zwangsvorstellungen mit dem der hysterischen Symptome sehr viel inuere Verwandtschaft hat, und daß die Technik der Analyse für beide die nämliche ist.)

Als ich diese Dame fragte, ob sie unter dem Drucke meiner Hand etwas gesehen oder eine Erinnerung bekommen habe, ant-

wortete sie: Keines von beiden, aber mir ist plötzlich ein Wort eingefallen. — Ein einziges Wort? — Ja, aber es klingt zu dumm. — Sagen Sie es immerhin. — „Hausmeister.“ — Weiter nichts? — Nein. — Ich drückte zum zweiten Male, und nun kam wieder ein vereinzelttes Wort, das ihr durch den Sinn schoß: „Hemd.“ Ich merkte nun, daß hier eine neuartige Weise Antwort zu geben vorliege, und beförderte durch wiederholten Druck eine anscheinend sinnlose Reihe von Worten heraus: Hausmeister — Hemd — Bett — Stadt — Leiterwagen. Was soll das heißen? fragte ich. Sie sann einen Moment nach, dann fiel ihr ein: Das kann nur die eine Geschichte sein, die mir jetzt in den Sinn kommt. Wie ich zehn Jahre alt war und meine nächstälteste Schwester zwölf, da bekam sie einmal in der Nacht einen Tobsuchtsanfall und mußte gebunden und auf einem Leiterwagen in die Stadt geführt werden. Ich weiß es genau, daß es der Hausmeister war, der sie überwältigte und auch dann in die Anstalt begleitete. — Wir setzten nun diese Art der Forschung fort und bekamen von unserem Orakel andere Wortreihen zu hören, die wir zwar nicht sämtlich deuten konnten, die sich aber doch zur Fortsetzung dieser Geschichte und zur Anknüpfung einer zweiten verwerten ließen. Auch die Bedeutung dieser Reminiszenz ergab sich bald. Die Erkrankung der Schwester hatte auf sie darum so tiefen Eindruck gemacht, weil die beiden ein Geheimnis miteinander teilten; sie schliefen in einem Zimmer und hatten in einer bestimmten Nacht beide die sexuellen Angriffe einer gewissen männlichen Person über sich ergehen lassen. Mit der Erwähnung dieses sexuellen Traumas in früher Jugend war aber nicht nur die Herkunft der ersten Zwangsvorstellungen, sondern auch das späterhin pathogen wirkende Trauma aufgedeckt. — Die Sonderbarkeit dieses Falles bestand nur in dem Auftauchen von einzelnen Schlagworten, die von uns zu Sätzen verarbeitet werden mußten, denn der Schein der Beziehungs- und Zusammenhangslosigkeit haftet an den ganzen Einfällen und Szenen, die sich sonst beim Drücken ergeben, gerade

so wie an diesen orakelhaft hervorgestoßenen Worten. Bei weiterer Verfolgung stellt sich dann regelmäßig heraus, daß die scheinbar unzusammenhängenden Reminiszenzen durch Gedankenbande enge verknüpft sind, und daß sie ganz direkt zu dem gesuchten pathogenen Moment hinführen.

Gerne erinnere ich mich daher an einen Fall von Analyse, in welchem mein Zutrauen in die Ergebnisse des Drückens zuerst auf eine harte Probe gestellt, dann aber glänzend gerechtfertigt wurde: Eine sehr intelligente und anscheinend sehr glückliche junge Frau hatte mich wegen eines hartnäckigen Schmerzes im Unterleibe konsultiert, welcher der Therapie nicht weichen wollte. Ich erkannte, daß der Schmerz in den Bauchdecken sitze, auf greifbare Muskelschwielen zu beziehen sei und ordnete lokale Behandlung an.

Nach Monaten sah ich die Kranke wieder, die mir sagte: Der Schmerz von damals ist nach der angeratenen Behandlung vergangen und lange weggeblieben, aber jetzt ist er als nervöser wiedergekehrt. Ich erkenne es daran, daß ich ihn nicht mehr bei Bewegungen habe wie früher, sondern nur zu bestimmten Stunden, z. B. morgens beim Erwachen und bei Aufregungen von gewisser Art. — Die Diagnose der Dame war ganz richtig; es galt jetzt, die Ursache dieses Schmerzes aufzufinden, und dazu konnte sie mir im unbeeinflussten Zustande nicht verhelfen. In der Konzentration und unter dem Drucke meiner Hand, als ich sie fragte, ob ihr etwas einfiel oder ob sie etwas sehe, entschied sie sich fürs Sehen und begann mir ihre Gesichtsbilder zu beschreiben. Sie sah etwas wie eine Sonne mit Strahlen, was ich natürlich für ein Phosphen, hervorgebracht durch Druck auf die Augen, halten mußte. Ich erwartete, daß Brauchbareres nachkommen würde, allein sie setzte fort: Sterne von eigentümlich blaßblauem Lichte wie Mondlicht u. dgl. m., lauter Flimmer, Glanz und leuchtende Punkte vor den Augen, wie ich meinte. Ich war schon bereit, diesen Versuch zu den mißglückten zu zählen, und dachte daran, wie

ich mich unauffällig aus der Affäre ziehen könnte, als mich eine der Erscheinungen, die sie beschrieb, aufmerksam machte. Ein großes schwarzes Kreuz, wie sie es sah, das geneigt stand, an seinen Rändern denselben Lichtschimmer wie vom Mondlicht hatte, in dem alle bisherigen Bilder erglänzt hatten, und auf dessen Balken ein Flämmchen flackerte; das war doch offenbar kein Phosphen mehr. Ich horchte nun auf: es kamen massenhafte Bilder in demselben Lichte, eigentümliche Zeichen, die etwa dem Sanskrit ähnlich sahen, ferner Figuren wie Dreiecke, ein großes Dreieck darunter; wiederum das Kreuz... Diesmal vermute ich eine allegorische Bedeutung und frage, was soll dieses Kreuz? — Es ist wahrscheinlich der Schmerz gemeint, antwortet sie. — Ich wende ein, unter „Kreuz“ verstehe man meist eine moralische Last; was versteckt sich hinter dem Schmerze? — Sie weiß es nicht zu sagen und fährt in ihren Gesichtern fort: Eine Sonne mit goldenen Strahlen, die sie auch zu deuten weiß, — das ist Gott, die Urkraft; dann eine riesengroße Eidechse, die sie fragend, aber nicht schreckhaft anschaut, dann ein Haufen von Schlangen, dann wieder eine Sonne, aber mit milden silbernen Strahlen, und vor ihr, zwischen ihrer Person und dieser Lichtquelle ein Gitter, welches ihr den Mittelpunkt der Sonne verdeckt.

Ich weiß längst, daß ich es mit Allegorien zu tun habe, und frage sofort nach der Bedeutung des letzten Bildes. Sie antwortet, ohne sich zu besinnen: Die Sonne ist die Vollkommenheit, das Ideal, und das Gitter sind meine Schwächen und Fehler, die zwischen mir und dem Ideal stehen. — Ja, machen Sie sich denn Vorwürfe, sind Sie mit sich unzufrieden? — Freilich. — Seit wann denn? — Seitdem ich Mitglied der theosophischen Gesellschaft bin und die von ihr herausgegebenen Schriften lese. Eine geringe Meinung von mir hatte ich immer. — Was hat denn zuletzt den stärksten Eindruck auf Sie gemacht? — Eine Übersetzung aus dem Sanskrit, die jetzt in Lieferungen erscheint. — Eine Minute später bin ich in ihre Seelenkämpfe, in die Vor-

würfe, die sie sich macht, eingeweiht und höre von einem kleinen Erlebnis, das zu einem Vorwurfe Anlaß gab, und bei dem der früher organische Schmerz als Erfolg einer Erregungskonversion zuerst auftrat. — Die Bilder, die ich anfangs für Phosphene gehalten hatte, waren Symbole okkultistischer Gedankengänge, vielleicht geradezu Embleme von den Titelblättern okkultistischer Bücher.

*

Ich habe jetzt die Leistungen der Hilfsprozedur des Drückens so warm gepriesen und den Gesichtspunkt der Abwehr oder des Widerstandes die ganze Zeit über so sehr vernachlässigt, daß ich sicherlich den Eindruck erweckt haben dürfte, man sei nun durch diesen kleinen Kunstgriff in den Stand gesetzt, des psychischen Hindernisses gegen eine kathartische Kur Herr zu werden. Allein dies zu glauben, wäre ein arger Irrtum; es gibt dergleichen Profite nicht in der Therapie, soviel ich sehe; zur großen Veränderung wird hier wie überall große Arbeit erfordert. Die Druckprozedur ist weiter nichts als ein Kniff, das abwehrlustige Ich für eine Weile zu überrumpeln; in allen ernsteren Fällen besinnt es sich wieder auf seine Absichten und setzt seinen Widerstand fort.

Ich habe der verschiedenen Formen zu gedenken, in welchen dieser Widerstand auftritt. Zunächst das erste oder zweite Mal mißlingt der Druckversuch gewöhnlich. Der Kranke äußert dann sehr enttäuscht: „Ich habe geglaubt, es wird mir etwas einfallen, aber ich habe nur gedacht, wie gespannt ich darauf bin; gekommen ist nichts.“ Solches Sich-in-Positursetzen des Patienten ist noch nicht zu den Hindernissen zu zählen; man sagt darauf: „Sie waren eben zu neugierig; das zweitemal wird es dafür gehen.“ Und es geht dann wirklich. Es ist merkwürdig, wie vollständig oft die Kranken — und die gefügigsten und intelligentesten mit — an die Verabredung vergessen können, zu der sie sich doch vorher verstanden haben. Sie haben versprochen, alles zu

sagen, was ihnen unter dem Drucke der Hand einfällt, gleichgültig, ob es ihnen beziehungsvoll erscheint oder nicht, und ob es ihnen angenehm zu sagen ist oder nicht, also ohne Auswahl, ohne Beeinflussung durch Kritik oder Affekt. Sie halten sich aber nicht an dieses Versprechen, es geht offenbar über ihre Kräfte. Allemal stockt die Arbeit, immer wieder behaupten sie, diesmal sei ihnen nichts eingefallen. Man darf ihnen dies nicht glauben, man muß dann immer annehmen und auch äußern, sie hielten etwas zurück, weil sie es für unwichtig halten oder peinlich empfinden. Man besteht darauf, man wiederholt den Druck, man stellt sich unfehlbar, bis man wirklich etwas zu hören bekommt. Dann fügt der Kranke hinzu: „Das hätte ich Ihnen schon das erstemal sagen können.“ — Warum haben Sie es nicht gesagt? — „Ich hab' mir nicht denken können, daß es das sein sollte. Erst als es jedesmal wiedergekommen ist, habe ich mich entschlossen, es zu sagen.“ — Oder: „Ich habe gehofft, gerade das wird es nicht sein; das kann ich mir ersparen zu sagen; erst als es sich nicht verdrängen ließ, habe ich gemerkt, es wird mir nichts geschenkt.“ — So verrät der Kranke nachträglich die Motive eines Widerstandes, den er anfänglich gar nicht einbekennen wollte. Er kann offenbar gar nicht anders als Widerstand leisten.

Es ist merkwürdig, hinter welchen Ausflüchten sich dieser Widerstand häufig verbirgt. „Ich bin heute zerstreut, mich stört die Uhr oder das Klavierspiel im Nebenzimmer.“ Ich habe gelernt, darauf zu antworten: Keineswegs, Sie stoßen jetzt auf etwas, was Sie nicht gerne sagen wollen. Das nützt Ihnen nichts. Verweilen Sie nur dabei. — Je länger die Pause zwischen dem Drucke meiner Hand und der Äußerung des Kranken ausfällt, desto räißtrauischer werde ich, desto eher steht zu befürchten, daß der Kranke sich das zurechtlegt, was ihm eingefallen ist, und es in der Reproduktion verstümmelt. Die wichtigsten Aufklärungen kommen häufig mit der Ankündigung als überflüssiges Beiwerk,

wie die als Bettler verkleideten Prinzen der Oper: „Jetzt ist mir etwas eingefallen, das hat aber nichts damit zu schaffen. Ich sage es Ihnen nur, weil Sie alles zu wissen verlangen.“ Mit dieser Einbegleitung kommt dann meist die langersehnte Lösung; ich horche immer auf, wenn ich den Kranken so geringschätzig von einem Einfall reden höre. Es ist nämlich ein Zeichen der gelungenen Abwehr, daß die pathogenen Vorstellungen bei ihrem Wiederauftauchen so wenig bedeutsam erscheinen; man kann daraus erschließen, worin der Prozeß der Abwehr bestand; er bestand darin, aus der starken Vorstellung eine schwache zu machen, ihr den Affekt zu entreißen.

Die pathogene Erinnerung erkennt man also unter anderen Merkmalen daran, daß sie vom Kranken als unwesentlich bezeichnet und doch nur mit Widerstand ausgesprochen wird. Es gibt auch Fälle, wo sie der Kranke noch bei ihrer Wiederkehr zu verleugnen sucht: „Jetzt ist mir etwas eingefallen, aber das haben Sie mir offenbar eingeredet“, oder: „Ich weiß, was Sie sich bei dieser Frage erwarten. Sie meinen gewiß, ich habe dies und jenes gedacht.“ Eine besonders kluge Weise der Verleugnung liegt darin, zu sagen: „Jetzt ist mir allerdings etwas eingefallen; aber das kommt mir vor, als hätte ich es willkürlich hinzugefügt; es scheint mir kein reproduzierter Gedanke zu sein.“ — Ich bleibe in all diesen Fällen unerschütterlich fest, ich gehe auf keine dieser Distinktionen ein, sondern erkläre dem Kranken, das seien nur Formen und Vorwände des Widerstandes gegen die Reproduktion der einen Erinnerung, die wir trotzdem anerkennen müßten.

Bei der Wiederkehr von Bildern hat man im allgemeinen leichteres Spiel als bei der von Gedanken; die Hysterischen, die zu meist Visuelle sind, machen es dem Analytiker nicht so schwer wie die Leute mit Zwangsvorstellungen. Ist einmal ein Bild aus der Erinnerung aufgetaucht, so kann man den Kranken sagen hören, daß es in dem Maße zerbröckle und undeutlich werde,

wie er in seiner Schilderung desselben fortschreite. Der Kranke trägt es gleichsam ab, indem er es in Worte umsetzt. Man orientiert sich nun an dem Erinnerungsbilde selbst, um die Richtung zu finden, nach welcher die Arbeit fortzusetzen ist. „Schauen Sie sich das Bild nochmals an. Ist es verschwunden?“ — „Im ganzen ja, aber dieses Detail sehe ich noch.“ — „Dann hat dies noch etwas zu bedeuten. Sie werden entweder etwas Neues dazu sehen, oder es wird Ihnen bei diesem Rest etwas einfallen.“ — Wenn die Arbeit beendet ist, zeigt sich das Gesichtsfeld wieder frei, man kann ein anderes Bild hervorlocken. Andere Male aber bleibt ein solches Bild hartnäckig vor dem inneren Auge des Kranken stehen, trotz seiner Beschreibung, und das ist für mich ein Zeichen, daß er mir noch etwas Wichtiges über das Thema des Bildes zu sagen hat. Sobald er dies vollzogen hat, schwindet das Bild, wie ein erlöster Geist zur Ruhe eingeht.

Es ist natürlich von hohem Werte für den Fortgang der Analyse, daß man dem Kranken gegenüber jedesmal recht behalte, sonst hängt man ja davon ab, was er mitzuteilen für gut findet. Es ist darum tröstlich zu hören, daß die Prozedur des Drückens eigentlich niemals fehlschlägt, von einem einzigen Falle abgesehen, den ich später zu würdigen habe, den ich aber sogleich durch die Bemerkung kennzeichnen kann, er entspreche einem besonderen Motiv zum Widerstande. Es kann freilich vorkommen, daß man die Prozedur unter Verhältnissen anwendet, in denen sie nichts zutage fördern darf; man fragt z. B. nach der weiteren Ätiologie eines Symptoms, wenn dieselbe bereits abgeschlossen vorliegt, oder man forscht nach der psychischen Genealogie eines Symptoms, etwa eines Schmerzes, der in Wahrheit ein somatischer Schmerz war; in diesen Fällen behauptet der Kranke gleichfalls, es sei ihm nichts eingefallen, und befindet sich im Rechte. Man wird sich davor behüten, ihm Unrecht zu tun, wenn man es sich ganz allgemein zur Regel macht, während der Analyse die Miene des ruhig Daliegenden nicht aus dem Auge zu lassen. Man lernt

dann ohne jede Schwierigkeit die seelische Ruhe bei wirklichem Ausbleiben einer Reminiszenz von der Spannung und den Affektanzeichen zu unterscheiden, unter welchen der Kranke im Dienste der Abwehr die auftauchende Reminiszenz zu verleugnen sucht. Auf solchen Erfahrungen ruht übrigens auch die differentialdiagnostische Anwendung der Druckprozedur.

Es ist also die Arbeit auch mit Hilfe der Druckprozedur keine mühelose. Man hat nur den einen Vorteil gewonnen, daß man aus den Ergebnissen dieses Verfahrens gelernt hat, nach welcher Richtung man zu forschen und welche Dinge man dem Kranken aufzudrängen hat. Für manche Fälle reicht dies aus; es handelt sich ja wesentlich darum, daß ich das Geheimnis errate und es dem Kranken ins Gesicht zu sage; er muß dann meist seine Ablehnung aufgeben. In anderen Fällen brauche ich mehr; der überdauernde Widerstand des Kranken zeigt sich darin, daß die Zusammenhänge reißen, die Lösungen ausbleiben, die erinnerten Bilder undeutlich und unvollständig kommen. Man erstaunt oft, wenn man aus einer späteren Periode einer Analyse auf die früheren zurückblickt, wie verstümmelt alle die Einfälle und Szenen waren, die man dem Kranken durch die Prozedur des Drückens entrissen hat. Es fehlte gerade das Wesentliche daran, die Beziehung auf die Person oder auf das Thema, und das Bild blieb darum unverständlich. Ich will ein oder zwei Beispiele für das Wirken einer solchen Zensurierung beim ersten Auftauchen der pathogenen Erinnerungen geben. Der Kranke sieht z. B. einen weiblichen Oberkörper, an dessen Hülle wie durch Nachlässigkeit etwas klafft; erst viel später fügt er zu diesem Torso den Kopf, um damit eine Person und eine Beziehung zu verraten. Oder er erzählt eine Reminiszenz aus seiner Kindheit von zwei Buben, deren Gestalt ihm ganz dunkel ist, denen man eine gewisse Unart nachgesagt hätte. Es bedarf vieler Monate und großer Fortschritte im Gange der Analyse, bis er diese Reminiszenz wieder sieht und in dem einen der Kinder sich selbst, im anderen seinen Bruder erkennt.

Welche Mittel hat man nun zur Verfügung, um diesen fortgesetzten Widerstand zu überwinden?

Wenige, aber doch fast alle die, durch die sonst ein Mensch eine psychische Einwirkung auf einen anderen übt. Man muß sich zunächst sagen, daß psychischer Widerstand, besonders ein seit langem konstituierter, nur langsam und schrittweise aufgelöst werden kann, und muß in Geduld warten. Sodann darf man auf das intellektuelle Interesse rechnen, das sich nach kurzer Arbeit beim Kranken zu regen beginnt. Indem man ihn aufklärt, ihm von der wundersamen Welt der psychischen Vorgänge Mitteilungen macht, in die man selbst erst durch solche Analysen Einblick gewonnen hat, gewinnt man ihn selbst zum Mitarbeiter, bringt ihn dazu, sich selbst mit dem objektiven Interesse des Forschers zu betrachten, und drängt so den auf affektiver Basis beruhenden Widerstand zurück. Endlich aber — und dies bleibt der stärkste Hebel — muß man versuchen, nachdem man diese Motive seiner Abwehr erraten, die Motive zu entwerten, oder selbst sie durch stärkere zu ersetzen. Hier hört wohl die Möglichkeit auf, die psychotherapeutische Tätigkeit in Formeln zu fassen. Man wirkt, so gut man kann, als Aufklärer, wo die Ignoranz eine Scheu erzeugt hat, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltanschauung, als Beichtthörer, der durch die Fortdauer seiner Teilnahme und seiner Achtung nach abgelegtem Geständnisse gleichsam Absolution erteilt; man sucht dem Kranken menschlich etwas zu leisten, soweit der Umfang der eigenen Persönlichkeit und das Maß von Sympathie, das man für den betreffenden Fall aufbringen kann, dies gestatten. Für solche psychische Betätigung ist als unerläßliche Voraussetzung erforderlich, daß man die Natur des Falles und die Motive der hier wirksamen Abwehr ungefähr erraten habe, und zum Glück trägt die Technik des Drängens und der Druckprozedur gerade so weit. Je mehr man dergleichen Rätsel bereits gelöst hat, desto leichter wird man vielleicht ein neues erraten und desto früher wird man die eigentlich heilende

psychische Arbeit in Angriff nehmen können. Denn es ist gut, sich dies völlig klar zu machen: Wenn auch der Kranke sich von dem hysterischen Symptome erst befreit, indem er die es verursachenden pathogenen Eindrücke reproduziert und unter Affektäußerung ausspricht, so liegt doch die therapeutische Aufgabe nur darin, ihn dazu zu bewegen, und wenn diese Aufgabe einmal gelöst ist, so bleibt für den Arzt nichts mehr zu korrigieren oder aufzuheben übrig. Alles, was es an Gegensuggestionen dafür braucht, ist bereits während der Bekämpfung des Widerstandes angewendet worden. Der Fall ist etwa mit dem Aufschließen einer versperrten Türe zu vergleichen, wonach das Niederdrücken der Klinke, um sie zu öffnen, keine Schwierigkeit mehr hat.

Neben den intellektuellen Motiven, die man zur Überwindung des Widerstandes heranzieht, wird man ein affektives Moment, die persönliche Geltung des Arztes, selten entbehren können, und in einer Anzahl von Fällen wird letzteres allein imstande sein, den Widerstand zu beheben. Das ist hier nicht anders als sonst in der Medizin, und man wird keiner therapeutischen Methode zumuten dürfen, auf die Mitwirkung dieses persönlichen Moments gänzlich zu verzichten.

3

Angesichts der Ausführungen des vorstehenden Abschnittes, der Schwierigkeiten meiner Technik, die ich rückhaltlos aufgedeckt habe — ich habe sie übrigens aus den schwersten Fällen zusammengetragen, es wird oft sehr viel bequemer gehen; — angesichts dieses Sachverhaltes also wird wohl jeder die Frage aufwerfen wollen, ob es nicht zweckmäßiger sei, anstatt all dieser Quälereien sich energischer um die Hypnose zu bemühen oder die Anwendung der kathartischen Methode auf solche Kranke zu beschränken, die in tiefe Hypnose zu versetzen sind. Auf letzteren Vorschlag müßte ich antworten, daß dann die Zahl der brauchbaren Patienten für meine Geschicklichkeit allzusehr einschrumpfen

würde; dem ersteren Rate aber werde ich die Mutmaßung entgegenzusetzen, es dürfte durch Erzwingen der Hypnose nicht viel vom Widerstande zu ersparen sein. Meine Erfahrungen hierüber sind eigentümlicherweise nur wenig zahlreich, ich kann daher nicht über die Mutmaßung hinauskommen; aber wo ich eine kathartische Kur in der Hypnose anstatt in der Konzentration durchgeführt habe, fand ich die mir zufallende Arbeit dadurch nicht verringert. Ich habe erst unlängst eine solche Behandlung beendet, in deren Verlauf ich eine hysterische Lähmung der Beine zum Weichen brachte. Die Patientin geriet in einen Zustand, der psychisch vom Wachen sehr verschieden war und somatisch dadurch ausgezeichnet, daß sie die Augen unmöglich öffnen oder sich erheben konnte, ehe ich ihr zugerufen hatte: Jetzt wachen Sie auf, und doch habe ich in keinem Falle größeren Widerstand gefunden als gerade in diesem. Ich legte auf diese körperlichen Zeichen keinen Wert, und gegen Ende der zehn Monate währenden Behandlung waren sie auch unmerklich geworden; der Zustand der Patientin, in dem wir arbeiteten, hatte darum von seinen Eigentümlichkeiten, der Fähigkeit sich an Unbewußtes zu erinnern, der ganz besonderen Beziehung zur Person des Arztes nichts eingebüßt. In der Geschichte der Frau Emmy v. N... habe ich allerdings ein Beispiel einer im tiefsten Somnambulismus ausgeführten kathartischen Kur geschildert, in welcher der Widerstand fast keine Rolle spielte. Allein von dieser Frau habe ich auch nichts erfahren, zu dessen Mitteilung es einer besonderen Überwindung bedurft hätte, nichts, was sie mir nicht bei längerer Bekanntschaft und einiger Schätzung auch im Wachen hätte erzählen können. Auf die eigentlichen Ursachen ihrer Erkrankung, sicherlich identisch mit den Ursachen ihrer Rezidiven nach meiner Behandlung, bin ich gar nicht gekommen; — es war eben mein erster Versuch in dieser Therapie, — und das einzige Mal, als ich zufällig eine Reminiszenz von ihr forderte, in die sich ein Stück Erotik einmengte, fand ich sie ebenso wider-

strebend und unverläßlich in ihren Angaben wie später irgend eine andere meiner nicht somnambulen Patientinnen. Von dem Widerstande dieser Frau auch im Somnambulismus gegen andere Anforderungen und Zumutungen habe ich bereits in ihrer Krankengeschichte gesprochen. Überhaupt ist mir der Wert der Hypnose für die Erleichterung kathartischer Kuren zweifelhaft geworden, seitdem ich Beispiele erlebt habe von absoluter therapeutischer Unfügsamkeit bei ausgezeichnetem andersartigen Gehorsam im tiefen Somnambulismus. Einen Fall dieser Art habe ich kurz auf S. 83 mitgeteilt; ich könnte noch andere hinzufügen. Ich gestehe übrigens, daß diese Erfahrung meinem Bedürfnis nach quantitativer Relation zwischen Ursache und Wirkung auch auf psychischem Gebiete nicht übel entsprochen hat.

*

In der bisherigen Darstellung hat sich uns die Idee des Widerstandes in den Vordergrund gedrängt; ich habe gezeigt, wie man bei der therapeutischen Arbeit zu der Auffassung geleitet wird, die Hysterie entstehe durch die Verdrängung einer unverträglichen Vorstellung aus dem Motive der Abwehr, die verdrängte Vorstellung bleibe als eine schwache (wenig intensive) Erinnerungsspur bestehen, der ihr entrissene Affekt werde für eine somatische Innervation verwendet: Konversion der Erregung. Die Vorstellung werde also gerade durch ihre Verdrängung Ursache krankhafter Symptome, also pathogen. Einer Hysterie, die diesen psychischen Mechanismus aufweist, darf man den Namen „Abwehrhysterie“ beilegen. Nun haben wir beide, Breuer und ich, zu wiederholten Malen von zwei anderen Arten der Hysterie gesprochen, für welche wir die Namen „Hypnoid- und Retentionshysterie“ in Gebrauch zogen. Die Hypnoidhysterie ist diejenige, die überhaupt zuerst in unseren Gesichtskreis getreten ist; ich wüßte ja kein besseres Beispiel für eine solche anzuführen als den ersten Fall

Breuers.¹ Für eine solche Hypnoidhysterie hat Breuer einen von dem der Konversionsabwehr wesentlich verschiedenen psychischen Mechanismus angegeben. Hier soll also eine Vorstellung dadurch pathogen werden, daß sie, in einem besonderen psychischen Zustand empfangen, von vornherein außerhalb des Ich verblieben ist. Es hat also keiner psychischen Kraft bedurft, sie von dem Ich abzuhalten, und es darf keinen Widerstand erwecken, wenn man sie mit Hilfe der somnambulen Geistestätigkeit in das Ich einführt. Die Krankengeschichte der Anna O. zeigt auch wirklich nichts von einem solchen Widerstand.

Ich halte diesen Unterschied für so wesentlich, daß ich mich durch ihn gerne bestimmen lasse, an der Aufstellung der Hypnoidhysterie festzuhalten. Meiner eigenen Erfahrung ist merkwürdigerweise keine echte Hypnoidhysterie begegnet; was ich in Angriff nahm, verwandelte sich in Abwehrhysterie. Nicht etwa, daß ich es niemals mit Symptomen zu tun gehabt hätte, die nachweisbar in abgesonderten Bewußtseinszuständen entstanden waren und darum von der Aufnahme ins Ich ausgeschlossen bleiben mußten. Dies traf auch in meinen Fällen mitunter zu, aber dann konnte ich doch nachweisen, daß der sogenannte hypnoide Zustand seine Absonderung dem Umstande verdankte, daß in ihm eine vorher durch Abwehr abgespaltene psychische Gruppe zur Geltung kam. Kurz, ich kann den Verdacht nicht unterdrücken, daß Hypnoid- und Abwehrhysterie irgendwo an ihrer Wurzel zusammentreffen, und daß dabei die Abwehr das Primäre ist. Ich weiß aber nichts darüber.

Gleich unsicher ist derzeit mein Urteil über die „Retentionshysterie“, bei welcher die therapeutische Arbeit gleichfalls ohne Widerstand erfolgen sollte. Ich habe einen Fall gehabt, den ich für eine typische Retentionshysterie gehalten habe; ich freute mich auf den leichten und sicheren Erfolg, aber dieser Erfolg

¹) [Breuers in diese Gesamtausgabe nicht aufgenommene Krankengeschichte „Frl. Anna O . . .“, vgl. Originalausgabe der „Studien über Hysterie“, 4. Aufl., S. 15 ff.]

blieb aus, so leicht auch wirklich die Arbeit war. Ich vermute daher, wiederum mit aller Zurückhaltung, die der Unwissenheit geziemt, daß auch bei der Retentionshysterie auf dem Grunde ein Stück Abwehr zu finden ist, welches den ganzen Vorgang ins Hysterische gedrängt hat. Ob ich mit dieser Tendenz zur Ausdehnung des Abwehrbegriffes auf die gesamte Hysterie Gefahr laufe, der Einseitigkeit und dem Irrtum zu verfallen, werden ja hoffentlich neue Erfahrungen bald entscheiden.

*

Ich habe bisher von den Schwierigkeiten und der Technik der kathartischen Methode gehandelt und möchte noch einige Andeutungen hinzufügen, wie sich mit dieser Technik eine Analyse gestaltet. Es ist dies ein für mich sehr interessantes Thema, von dem ich aber nicht erwarten kann, es werde ähnliches Interesse bei anderen erregen, die noch keine solche Analyse ausgeführt haben. Es wird eigentlich wiederum von Technik die Rede sein, aber diesmal von den inhaltlichen Schwierigkeiten, für die man den Kranken nicht verantwortlich machen kann, die zum Teil bei einer Hypnoid- und Retentionshysterie dieselben sein müßten wie bei den mir als Muster vorschwebenden Abwehrhysterien. Ich gehe an dieses letzte Stück der Darstellung mit der Erwartung, die hier aufzudeckenden psychischen Eigentümlichkeiten könnten einmal für eine Vorstellungsdynamik einen gewissen Wert als Rohmaterial erlangen.

Der erste und mächtigste Eindruck, den man sich bei einer solchen Analyse holt, ist gewiß der, daß das pathogene psychische Material, das angeblich vergessen ist, dem Ich nicht zur Verfügung steht, in der Assoziation und im Erinnern keine Rolle spielt, — doch in irgend einer Weise bereit liegt, und zwar in richtiger und guter Ordnung. Es handelt sich nur darum, Widerstände zu beseitigen, die den Weg dazu versperren. Sonst aber wird es bewußt, wie wir überhaupt etwas wissen können; die richtigen

Verknüpfungen der einzelnen Vorstellungen untereinander und mit nicht pathogenen, häufig erimerten, sind vorhanden, sind seinerzeit vollzogen und im Gedächtnisse bewahrt worden. Das pathogene psychische Material erscheint als das Eigentum einer Intelligenz, die der des normalen Ich nicht notwendig nachsteht. Der Schein einer zweiten Persönlichkeit wird oft auf das täuschendste hergestellt.

Ob dieser Eindruck berechtigt ist, ob man dabei nicht die Anordnung des psychischen Materials, die nach der Erledigung resultiert, in die Zeit der Krankheit zurückverlegt, dies sind Fragen, die ich noch nicht und nicht an dieser Stelle in Erwägung ziehen möchte. Man kann die bei solchen Analysen gemachten Erfahrungen jedenfalls nicht bequemer und anschaulicher beschreiben, als wenn man sich auf den Standpunkt stellt, den man nach der Erledigung zur Übersicht des Ganzen einnehmen darf.

Die Sachlage ist ja meist keine so einfache, wie man sie für besondere Fälle, z. B. für ein einzelnes, in einem großen Trauma entstandenes Symptom dargestellt hat. Man hat zumeist nicht ein einziges hysterisches Symptom, sondern eine Anzahl von solchen, die teils unabhängig voneinander, teils miteinander verknüpft sind. Man darf nicht eine einzige traumatische Erinnerung und als Kern derselben eine einzige pathogene Vorstellung erwarten, sondern muß auf Reihen von Partialtraumen und Verkettungen von pathogenen Gedankengängen gefaßt sein. Die monosymptomatische traumatische Hysterie ist gleichsam ein Elementarorganismus, ein einzelliges Wesen im Vergleich zum komplizierten Gefüge einer schweren hysterischen Neurose, wie wir ihr gemeinhin begegnen.

Das psychische Material einer solchen Hysterie stellt sich nun dar als ein mehrdimensionales Gebilde von mindestens dreifacher Schichtung. Ich hoffe, ich werde diese bildliche Ausdrucksweise bald rechtfertigen können. Es ist zunächst ein Kern vorhanden von solchen Erinnerungen (an Erlebnisse oder Gedankengänge), in denen das traumatische Moment gegipfelt oder die pathogene Idee

ihre reinste Ausbildung gefunden hat. Um diesen Kern herum findet man eine oft unglaublich reichliche Menge von anderem Erinnerungsmaterial, das man bei der Analyse durcharbeiten muß, in, wie erwähnt, dreifacher Anordnung. Erstens ist eine lineare chronologische Anordnung unverkennbar, die innerhalb jedes einzelnen Themas statthat. Als Beispiel für diese zitiere ich bloß die Anordnungen in Breuers Analyse der Anna O.¹ Das Thema sei das des Taubwerdens, des Nichthörens; das differenzierte sich dann nach sieben Bedingungen, und unter jeder Überschrift waren zehn bis über hundert Einzelerinnerungen in chronologischer Reihenfolge gesammelt. Es war, als ob man ein wohl in Ordnung gehaltenes Archiv ausnehmen würde. In der Analyse meiner Patientin Emmy v. N... sind ähnliche, wenn auch nicht so vollzählig dargestellte Erinnerungsfaszikel enthalten: sie bilden aber ein ganz allgemeines Vorkommnis in jeder Analyse, treten jedesmal in einer chronologischen Ordnung auf, die so unfehlbar verlässlich ist wie die Reihenfolge der Wochentage oder Monatsnamen beim geistig normalen Menschen, und erschweren die Arbeit der Analyse durch die Eigentümlichkeit, daß sie die Reihenfolge ihrer Entstehung bei der Reproduktion umkehren; das frischeste, jüngste Erlebnis des Faszikels kommt als „Deckblatt“ zuerst und den Schluß macht jener Eindruck, mit dem in Wirklichkeit die Reihe anfangt.

Ich habe die Gruppierung gleichartiger Erinnerungen zu einer linear geschichteten Mehrheit, wie es ein Aktenbündel, ein Paket u. dgl. darstellt, als Bildung eines Themas bezeichnet. Diese Themen nun zeigen eine zweite Art von Anordnung; sie sind, ich kann es nicht anders ausdrücken, konzentrisch um den pathogenen Kern geschichtet. Es ist nicht schwer zu sagen, was diese Schichtung ausmacht, nach welcher ab- oder zunehmenden Größe diese Anordnung erfolgt. Es sind Schichten

1) [Vgl. die Fußnote oben auf S. 289.]

gleichen, gegen den Kern hin wachsenden Widerstandes und damit Zonen gleicher Bewußtseinsveränderung, in denen sich die einzelnen Themen erstrecken. Die periphersten Schichten enthalten von verschiedenen Themen jene Erinnerungen (oder Faszikel), die leicht erinnert werden und immer klar bewußt waren; je tiefer man geht, desto schwieriger werden die auftauchenden Erinnerungen erkannt, bis man nahe am Kerne auf solche stößt, die der Patient noch bei der Reproduktion verleugnet.

Diese Eigentümlichkeit der konzentrischen Schichtung des pathogenen psychischen Materials ist es, die dem Verlaufe solcher Analysen ihre, wie wir hören werden, charakteristischen Züge verleiht. Jetzt ist noch eine dritte Art von Anordnung zu erwähnen, die wesentlichste, über die am wenigsten leicht eine allgemeine Aussage zu machen ist. Es ist die Anordnung nach dem Gedankeninhalte, die Verknüpfung durch den bis zum Kerne reichenden logischen Faden, der einem in jedem Falle besonderen, unregelmäßigen und vielfach abgeknickten Weg entsprechen mag. Diese Anordnung hat einen dynamischen Charakter, im Gegensatze zum morphologischen der beiden vorerst erwähnten Schichtungen. Während letztere in einem räumlich ausgeführten Schema durch starre, bogenförmige und gerade Linien darzustellen wären, müßte man dem Gange der logischen Verkettung mit einem Stäbchen nachfahren, welches auf den verschlungensten Wegen aus oberflächlichen in tiefe Schichten und zurück, doch im allgemeinen von der Peripherie her zum zentralen Kerne vordringt und dabei alle Stationen berühren muß, also ähnlich wie das Zickzack der Lösung einer Rösselsprungaufgabe über die Felderzeichnung hinweggeht.

Ich halte letzteren Vergleich noch für einen Moment fest, um einen Punkt hervorzuheben, in dem er den Eigenschaften des Vergleichenen nicht gerecht wird. Der logische Zusammenhang entspricht nicht nur einer zickzackförmig geknickten Linie, sondern vielmehr einer verzweigten, und ganz besonders einem konver-

gierenden Liniensysteme. Er hat Knotenpunkte, in denen zwei oder mehrere Fäden zusammentreffen, um von da an vereinigt weiterzuziehen, und in den Kern münden in der Regel mehrere unabhängig voneinander verlaufende oder durch Seitenwege stellenweise verbundene Fäden ein. Es ist sehr bemerkenswert, um es mit anderen Worten zu sagen, wie häufig ein Symptom mehrfach determiniert, überbestimmt ist.

Mein Versuch, die Organisation des pathogenen psychischen Materials zu veranschaulichen, wird abgeschlossen sein, wenn ich noch eine einzige Komplikation einführe. Es kann nämlich der Fall vorliegen, daß es sich um mehr als einen einzigen Kern im pathogenen Materiale handle, so z. B. wenn ein zweiter hysterischer Ausbruch zu analysieren ist, der seine eigene Ätiologie hat, aber doch mit einem, Jahre vorher überwundenen, ersten Ausbruch akuter Hysterie zusammenhängt. Man kann sich dann leicht vorstellen, welche Schichten und Gedankenwege hinzukommen müssen, um zwischen den beiden pathogenen Kernen eine Verbindung herzustellen.

Ich will an das so gewonnene Bild von der Organisation des pathogenen Materials noch die eine oder die andere Bemerkung anknüpfen. Wir haben von diesem Material ausgesagt, es benehme sich wie ein Fremdkörper; die Therapie wirke auch wie die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem lebenden Gewebe. Wir sind jetzt in der Lage einzusehen, worin dieser Vergleich fehlt. Ein Fremdkörper geht keinerlei Verbindung mit den ihn umlagernden Gewebsschichten ein, obwohl er dieselben verändert, zur reaktiven Entzündung nötigt. Unsere pathogene psychische Gruppe dagegen läßt sich nicht sauber aus dem Ich herauschälen, ihre äußeren Schichten gehen allseitig in Anteile des normalen Ich über, gehören letzterem eigentlich ebensowohl an wie der pathogenen Organisation. Die Grenze zwischen beiden wird bei der Analyse rein konventionell, bald hier, bald dort gesteckt, ist an einzelnen Stellen wohl gar nicht anzugeben. Die inneren Schichten ent-

fremden sich dem Ich immer mehr und mehr, ohne daß wiederum die Grenze des Pathogenen irgendwo sichtbar begänne. Die pathogene Organisation verhält sich nicht eigentlich wie ein Fremdkörper, sondern weit eher wie ein Infiltrat. Als das Infiltrierende muß in diesem Gleichnisse der Widerstand genommen werden. Die Therapie besteht ja auch nicht darin, etwas zu extirpieren — das vermag die Psychotherapie heute nicht, — sondern den Widerstand zum Schmelzen zu bringen und so der Zirkulation den Weg in ein bisher abgesperrtes Gebiet zu bahnen.

(Ich bediene mich hier einer Reihe von Gleichnissen, die alle nur eine recht begrenzte Ähnlichkeit mit meinem Thema haben und die sich auch untereinander nicht vertragen. Ich weiß dies, und bin nicht in Gefahr, deren Wert zu überschätzen, aber mich leitet die Absicht, ein höchst kompliziertes und noch niemals dargestelltes Denkobjekt von verschiedenen Seiten her zu veranschaulichen, und darum erbitte ich mir die Freiheit, auch noch auf den folgenden Seiten in solcher nicht einwandfreien Weise mit Vergleichen zu schalten.)

Wenn man nach vollendeter Erledigung das pathogene Material in seiner nun erkannten, komplizierten, mehrdimensionalen Organisation einem Dritten zeigen könnte, würde dieser mit Recht die Frage aufwerfen: Wie kam ein solches Kamel durch das Nadelöhr? Man spricht nämlich nicht mit Unrecht von einer „Enge des Bewußtseins“. Der Terminus gewinnt Sinn und Lebensfrische für den Arzt, der eine solche Analyse durchführt. Es kann immer nur eine einzelne Erinnerung ins Ich-Bewußtsein eintreten; der Kranke, der mit der Durcharbeitung dieser einen beschäftigt ist, sieht nichts von dem, was nachdrängt, und vergißt an das, was bereits durchgedrungen ist. Stößt die Bewältigung dieser einen pathogenen Erinnerung auf Schwierigkeiten, wie z. B. wenn der Kranke mit dem Widerstande gegen sie nicht nachläßt, wenn er sie verdrängen oder verstümmeln will, so ist der Engpaß gleichsam verlegt; die Arbeit stockt, es kann nichts anderes kommen, und die eine im

Durchbrüche befindliche Erinnerung bleibt vor dem Kranken stehen, bis er sie in die Weite des Ichs aufgenommen hat. Die ganze räumlich ausgedehnte Masse des pathogenen Materials wird so durch eine enge Spalte durchgezogen, langt also, wie in Stücke oder Bänder zerlegt, im Bewußtsein an. Es ist Aufgabe des Psychotherapeuten, daraus die vermutete Organisation wieder zusammenzusetzen. Wen noch nach Vergleichen gelüstet, der mag sich hier an ein Geduldspiel erinnern.

Steht man davor, eine solche Analyse zu beginnen, wo man eine derartige Organisation des pathogenen Materials erwarten darf, kann man sich folgende Ergebnisse der Erfahrung zunutze machen: Es ist ganz aussichtslos, direkt zum Kerne der pathogenen Organisation vorzudringen. Könnte man diesen selbst erraten, so würde der Kranke doch mit der ihm geschenkten Aufklärung nichts anzufangen wissen und durch sie psychisch nicht verändert werden.

Es bleibt nichts übrig, als sich zunächst an die Peripherie des pathogenen psychischen Gebildes zu halten. Man beginnt damit, den Kranken erzählen zu lassen, was er weiß und erinnert, wobei man bereits seine Aufmerksamkeit dirigiert und durch Anwendung der Druckprozedur leichtere Widerstände überwindet. Jedesmal, wenn man durch Drücken einen neuen Weg eröffnet hat, darf man erwarten, daß der Kranke ihn ein Stück weit ohne neuen Widerstand fortsetzen wird.

Hat man eine Weile auf solche Weise gearbeitet, so regt sich gewöhnlich eine mitarbeitende Tätigkeit im Kranken. Es fallen ihm jetzt eine Fülle von Reminiszenzen ein, ohne daß man ihm Fragen und Aufgaben zu stellen braucht; man hat sich eben den Weg in eine innere Schichte gebahnt, innerhalb welcher der Kranke jetzt über das Material von gleichem Widerstande spontan verfügt. Man tut gut daran, ihn eine Weile unbeeinflußt reproduzieren zu lassen; er ist selber zwar nicht imstande, wichtige Zusammenhänge aufzudecken, aber das Abtragen innerhalb der-

selben Schichte darf man ihm überlassen. Die Dinge, die er so beibringt, scheinen oft zusammenhanglos, geben aber das Material ab, das durch späterhin erkannten Zusammenhang belebt wird.

Man hat sich hier im allgemeinen vor zweierlei zu bewahren. Wenn man den Kranken in der Reproduktion der ihm zuströmenden Einfälle hemmt, so kann man sich manches „verschütten“, was späterhin mit großer Mühe doch freigemacht werden muß. Andererseits darf man seine unbewußte „Intelligenz“ nicht überschätzen und ihr nicht die Leitung der ganzen Arbeit überlassen. Wollte ich den Arbeitsmodus schematisieren, so könnte ich etwa sagen, man übernimmt selbst die Eröffnung innerer Schichten, das Vordringen in radialer Richtung, während der Kranke die peripherische Erweiterung besorgt.

Das Vordringen geschieht ja dadurch, daß man in der vorhin angedeuteten Weise Widerstand überwindet. In der Regel aber hat man vorher noch eine andere Aufgabe zu lösen. Man muß ein Stück des logischen Fadens in die Hand bekommen, unter dessen Leitung man allein in das Innere einzudringen hoffen darf. Man erwarte nicht, daß die freien Mitteilungen des Kranken, das Material der am meisten oberflächlichen Schichten, es dem Analytiker leicht machen zu erkennen, an welchen Stellen es in die Tiefe geht, an welche Punkte die gesuchten Gedankenzusammenhänge anknüpfen. Im Gegenteil; gerade dies ist sorgfältig verhüllt, die Darstellung des Kranken klingt wie vollständig und in sich gefestigt. Man steht zuerst vor ihr wie vor einer Mauer, die jede Aussicht versperrt und die nicht ahnen läßt, ob etwas und was denn doch dahinter steckt.

Wenn man aber die Darstellung, die man vom Kranken ohne viel Mühe und Widerstand erhalten hat, mit kritischem Auge mustert, wird man ganz unfehlbar Lücken und Schäden in ihr entdecken. Hier ist der Zusammenhang sichtlich unterbrochen und wird vom Kranken durch eine Redensart, eine ungenügende Auskunft notdürftig ergänzt; dort stößt man auf ein Motiv, das bei

einem normalen Menschen als ein ohnmächtiges zu bezeichnen wäre. Der Kranke will diese Lücken nicht anerkennen, wenn er auf sie aufmerksam gemacht wird. Der Arzt aber tut recht daran, wenn er hinter diesen schwachen Stellen den Zugang zu dem Material der tieferen Schichten sucht, wenn er gerade hier die Fäden des Zusammenhanges aufzufinden hofft, denen er mit der Druckprozedur nachspürt. Man sagt dem Kranken also: Sie irren sich; das, was Sie angeben, kann mit dem betreffenden nichts zu tun haben. Hier müssen wir auf etwas anderes stoßen, was Ihnen unter dem Drucke meiner Hand einfallen wird.

Man darf nämlich an einen Gedankengang bei einem Hysterischen, und reichte er auch ins Unbewußte, dieselben Anforderungen von logischer Verknüpfung und ausreichender Motivierung stellen, die man bei einem normalen Individuum erheben würde. Eine Lockerung dieser Beziehungen liegt nicht im Machtbereiche der Neurose. Wenn die Vorstellungsverknüpfungen der Neurotischen und speziell der Hysterischen einen anderen Eindruck machen, wenn hier die Relation der Intensitäten verschiedener Vorstellungen aus psychologischen Bedingungen allein unerklärbar scheint, so haben wir ja gerade für diesen Anschein den Grund kennen gelernt und wissen ihn als Existenz verborgener, unbewußter Motive zu nennen. Wir dürfen also solche geheime Motive überall dort vermuten, wo ein solcher Sprung im Zusammenhange, eine Überschreitung des Maßes normal berechtigter Motivierung nachzuweisen ist.

Natürlich muß man sich bei solcher Arbeit von dem theoretischen Vorurteile frei halten, man habe es mit abnormen Gehirnen von *dégénérés* und *déséquilibrés* zu tun, denen die Freiheit, die gemeinen psychologischen Gesetze der Vorstellungsverbinding über den Haufen zu werfen, als Stigma eigen wäre, bei denen eine beliebige Vorstellung ohne Motiv übermäßig intensiv wachsen, eine andere ohne psychologischen Grund unverwüstlich bleiben kann. Die Erfahrung zeigt für die Hysterie das Gegenteil; hat

man die verborgenen — oft unbewußt gebliebenen — Motive herausgefunden und bringt sie in Rechnung, so bleibt auch an der hysterischen Gedankenverknüpfung nichts rätselhaft und regelwidrig.

Auf solche Art also, durch Aufspüren von Lücken in der ersten Darstellung des Kranken, die oft durch „falsche Verknüpfungen“ gedeckt sind, greift man ein Stück des logischen Fadens an der Peripherie auf und bahnt sich durch die Druckprozedur von da aus den weiteren Weg.

Sehr selten gelingt es dabei, sich an demselben Faden bis ins Innere durchzuarbeiten; meist reißt er unterwegs ab, indem der Druck versagt, gar kein Ergebnis liefert oder eines, das mit aller Mühe nicht zu klären und nicht fortzusetzen ist. Man lernt es bald, sich in diesem Falle vor den naheliegenden Verwechslungen zu schützen. Die Miene des Kranken muß es entscheiden, ob man wirklich an ein Ende gekommen ist, oder einen Fall getroffen hat, welcher eine psychische Aufklärung nicht braucht, oder ob es übergroßer Widerstand ist, der der Arbeit Halt gebietet. Kann man letzteren nicht alsbald besiegen, so darf man annehmen, daß man den Faden bis in eine Schichte hinein verfolgt hat, die für jetzt noch undurchlässig ist. Man läßt ihn fallen, um einen anderen Faden aufzugreifen, den man vielleicht ebensoweit verfolgt. Ist man mit allen Fäden in diese Schichte nachgekommen, hat dort die Verknotungen aufgefunden, wegen welcher der einzelne Faden isoliert nicht mehr zu verfolgen war, so kann man daran denken, den bevorstehenden Widerstand von neuem anzugreifen.

Man kann sich leicht vorstellen, wie kompliziert eine solche Arbeit werden kann. Man drängt sich unter beständiger Überwindung von Widerstand in innere Schichten ein, gewinnt Kenntnis von den in dieser Schicht angehäuften Themen und den durchlaufenden Fäden, prüft, bis wie weit man mit seinen gegenwärtigen Mitteln und seiner gewonnenen Kenntnis vordringen kann, verschafft sich erste Kundschaft von dem Inhalte der nächsten

Schichten durch die Druckprozedur, läßt die Fäden fallen und nimmt sie wieder anf, verfolgt sie bis zu Knotenpunkten, holt beständig nach und gelangt, indem man einem Erinnerungsfaszikel nachgeht, jedesmal auf einen Nebenweg, der schließlich doch wieder einmündet. Endlich kommt man auf solche Art so weit, daß man das schichtweise Arbeiten verlassen und auf einem Hauptwege direkt zum Kerne der pathogenen Organisation vordringen kann. Damit ist der Kampf gewonnen, aber noch nicht beendet. Man muß die anderen Fäden nachholen, das Material erschöpfen; aber jetzt hilft der Kranke energisch mit, sein Widerstand ist meist schon gebrochen.

Es ist in diesen späteren Stadien der Arbeit von Nutzen, wenn man den Zusammenhang errät und ihn dem Kranken mitteilt, ehe man ihn aufgedeckt hat. Hat man richtig erraten, so beschleunigt man den Verlauf der Analyse, aber auch mit einer unrichtigen Hypothese hilft man sich weiter, indem man den Kranken nötigt, Partei zu nehmen, und ihm energische Ablehnungen entlockt, die ja ein sicheres Besserwissen verraten.

Man überzeugt sich dabei mit Erstaunen, daß man nicht imstande ist, dem Kranken über die Dinge, die er angeblich nicht weiß, etwas aufzudrängen oder die Ergebnisse der Analyse durch Erregung seiner Erwartung zu beeinflussen. Es ist mir kein einziges Mal gelungen, die Reproduktion der Erinnerungen oder den Zusammenhang der Ereignisse durch meine Vorhersage zu verändern und zu fälschen, was sich ja endlich durch einen Widerspruch im Gefüge hätte verraten müssen. Traf etwas so ein, wie ich es vorhergesagt, so war stets durch vielfache unverdächtige Reminiszenzen bezeugt, daß ich eben richtig geraten hatte. Man braucht sich also nicht zu fürchten, vor dem Kranken irgend eine Meinung über den nächstkommenden Zusammenhang zu äußern; es schadet nichts.

Eine andere Beobachtung, die man jedesmal zu wiederholten Gelegenheit hat, bezieht sich auf die selbständigen Reproduktionen

des Kranken. Man kann behaupten, daß keine einzige Reminiszenz während einer solchen Analyse auftaucht, die nicht ihre Bedeutung hätte. Ein Dazwischenmengen beziehungsloser Erinnerungsbilder, die mit den wichtigen irgendwie assoziiert sind, kommt eigentlich gar nicht vor. Man darf eine nicht regelwidrige Ausnahme für solche Erinnerungen postulieren, die an sich unwichtig, doch als Schaltstücke unentbehrlich sind, indem die Assoziation zwischen zwei beziehungsvollen Erinnerungen nur über sie geht. — Die Zeitdauer, während welcher eine Erinnerung im Engpasse vor dem Bewußtsein des Patienten verweilt, steht, wie schon angeführt, in direkter Beziehung zu deren Bedeutung. Ein Bild, das nicht verlöschen will, verlangt noch seine Würdigung, ein Gedanke, der sich nicht abtun läßt, will noch weiter verfolgt werden. Es kehrt auch nie eine Reminiszenz zum zweiten Male wieder, wenn sie erledigt worden ist; ein Bild, das abgesprochen wurde, ist nicht wieder zu sehen. Geschieht dies doch, so darf man mit Bestimmtheit erwarten, daß das zweitemal ein neuer Gedankeninhalt sich an das Bild, eine neue Folgerung an den Einfall knüpfen wird, d. h., daß doch keine vollständige Erledigung stattgefunden hat. Eine Wiederkehr in verschiedener Intensität, zuerst als Andeutung, dann in voller Helligkeit kommt hingegen häufig vor, widerspricht aber nicht der eben aufgestellten Behauptung. —

Wenn sich unter den Aufgaben der Analyse die Beseitigung eines Symptoms befindet, welches der Intensitätssteigerung oder der Wiederkehr fähig ist (Schmerzen, Reizsymptome wie Erbrechen, Sensationen, Kontraktionen), so beobachtet man während der Arbeit von seiten dieses Symptoms das interessante und nicht unerwünschte Phänomen des „Mitsprechens“. Das fragliche Symptom erscheint wieder oder erscheint in verstärkter Intensität, sobald man in die Region der pathogenen Organisation geraten ist, welche die Ätiologie dieses Symptoms enthält, und es begleitet nun die Arbeit mit charakteristischen und für den Arzt lehrreichen Schwankungen weiter. Die Intensität desselben (sagen wir: einer Brechneigung)

steigt, je tiefer man in eine der hierfür pathogenen Erinnerungen eindringt, erreicht die größte Höhe kurz vor dem Aussprechen der letzteren und sinkt mit vollendeter Aussprache plötzlich ab oder verschwindet auch völlig für eine Weile. Wenn der Kranke aus Widerstand das Aussprechen lange verzögert, wird die Spannung der Sensation, der Brechneigung unerträglich und kann man das Aussprechen nicht erzwingen, so tritt wirklich Erbrechen ein. Man gewinnt so einen plastischen Eindruck davon, daß das „Erbrechen“ an Stelle einer psychischen Aktion (hier des Aussprechens) steht, wie es die Konversionstheorie der Hysterie behauptet.

Diese Intensitätsschwankung von seiten des hysterischen Symptoms wiederholt sich nun jedesmal, so oft man eine neue, hierfür pathogene Erinnerung in Angriff nimmt; das Symptom steht sozusagen die ganze Zeit über auf der Tagesordnung. Ist man genötigt, den Faden, an dem dies Symptom hängt, für eine Weile fallen zu lassen, so tritt auch das Symptom in die Dunkelheit zurück, um in einer späteren Periode der Analyse wieder aufzutauchen. Dieses Spiel währt so lange, bis durch das Aufarbeiten des pathogenen Materials für dieses Symptom endgültige Erledigung geschaffen ist.

Streng genommen verhält sich hiebei das hysterische Symptom gar nicht anders als das Erinnerungsbild oder der reproduzierte Gedanke, den man unter dem Drucke der Hand heraufbeschwört. Hier wie dort dieselbe obsedierende Hartnäckigkeit der Wiederkehr in der Erinnerung des Kranken, die Erledigung erheischt. Der Unterschied liegt nur in dem anscheinend spontanen Auftreten der hysterischen Symptome, während man sich wohl erinnert, die Szenen und Einfälle selbst provoziert zu haben. Es führt aber in der Wirklichkeit eine ununterbrochene Reihe von den unveränderten Erinnerungsresten affektvoller Erlebnisse und Denkmale bis zu den hysterischen Symptomen, ihren Erinnerungssymbolen.

Das Phänomen des Mitsprechens des hysterischen Symptoms während der Analyse bringt einen praktischen Übelstand mit sich, mit welchem man den Kranken sollte aussöhnen können. Es ist ja ganz unmöglich, eine Analyse eines Symptoms in einem Zuge vorzunehmen oder die Pausen in der Arbeit so zu verteilen, daß sie gerade mit Ruhepunkten in der Erledigung zusammentreffen. Vielmehr fällt die Unterbrechung, die durch die Nebenumstände der Behandlung, die vorgerückte Stunde u. dgl. gebieterisch vorgeschrieben wird, oft an die ungeschicktesten Stellen, gerade wo man sich einer Entscheidung nähern könnte, gerade wo ein neues Thema auftaucht. Es sind dieselben Übelstände, die jedem Zeitungsleser die Lektüre des täglichen Fragments seines Zeitungsromans verleiden, wenn unmittelbar nach der entscheidenden Rede der Heldin, nach dem Knallen des Schusses u. dgl. zu lesen steht: (Fortsetzung folgt). In unserem Falle bleibt das aufgerührte, aber nicht abgetane Thema, das zunächst verstärkte und noch nicht erklärte Symptom, im Seelenleben des Kranken bestehen und belästigt ihn vielleicht ärger, als es sonst der Fall war. Damit muß man sich eben abfinden können; es läßt sich nicht anders einrichten. Es gibt überhaupt Kranke, die während einer solchen Analyse das einmal berührte Thema nicht wieder loslassen können, die von ihm auch in der Zwischenzeit zwischen zwei Behandlungen obsediert sind, und da sie doch allein mit der Erledigung nicht weiter kommen, zunächst mehr leiden als vor der Behandlung. Auch solche Patienten lernen es schließlich, auf den Arzt zu warten, alles Interesse, das sie an der Erledigung des pathogenen Materials haben, in die Stunden der Behandlung zu verlegen, und sie beginnen dann, sich in den Zwischenzeiten freier zu fühlen.

*

Auch das Allgemeinbefinden der Kranken während einer solchen Analyse erscheint der Beachtung wert. Eine Weile noch bleibt es, von der Behandlung unbeeinflusst, Ausdruck der früher wirksamen

Faktoren, dann aber kommt ein Moment, in dem der Kranke „gepackt“, sein Interesse gefesselt wird, und von da gerät auch sein Allgemeinzustand immer mehr in Abhängigkeit von dem Stande der Arbeit. Jedesmal, wenn eine neue Aufklärung gewonnen, ein wichtiger Abschnitt in der Gliederung der Analyse erreicht ist, fühlt sich der Kranke auch erleichtert, genießt er wie ein Vorgefühl der nahenden Befreiung; bei jedem Stocken der Arbeit, bei jeder drohenden Verwirrung wächst die psychische Last, die ihn bedrückt, steigert sich seine Unglücksempfindung, seine Leistungsunfähigkeit. Beides allerdings nur für kurze Zeit; denn die Analyse geht weiter, verschmäht es, sich des Moments von Wohlbefinden zu rühmen, und setzt achtlos über die Perioden der Verdüsterung hinweg. Man freut sich im allgemeinen, wenn man die spontanen Schwankungen im Befinden des Kranken durch solche ersetzt hat, die man selbst provoziert und versteht, ebenso wie man gerne an Stelle der spontanen Ablösung der Symptome jene Tagesordnung treten sieht, die dem Stande der Analyse entspricht.

Gewöhnlich wird die Arbeit zunächst um so dunkler und schwieriger, je tiefer man in das vorhin beschriebene, geschichtete psychische Gebilde eindringt. Hat man sich aber einmal bis zum Kerne durchgearbeitet, so wird es Licht, und das Allgemeinbefinden des Kranken hat keine starke Verdüsterung mehr zu befürchten. Den Lohn der Arbeit aber, das Aufhören der Krankheitssymptome darf man erst erwarten, wenn man für jedes einzelne Symptom die volle Analyse geleistet hat; ja, wo die einzelnen Symptome durch mehrfache Knotungen aneinander geknüpft sind, wird man nicht einmal durch Partialerfolge während der Arbeit ermutigt. Kraft der reichlich vorhandenen kausalen Verbindungen wirkt jede noch unerledigte pathogene Vorstellung als Motiv für sämtliche Schöpfungen der Neurose, und erst mit dem letzten Worte der Analyse schwindet das ganze Krankheitsbild, ganz ähnlich, wie sich die einzelne reproduzierte Erinnerung benahm. —

Ist eine pathogene Erinnerung oder ein pathogener Zusammenhang, der dem Ich-Bewußtsein früher entzogen war, durch die Arbeit der Analyse aufgedeckt und in das Ich eingefügt, so beobachtet man an der so bereicherten psychischen Persönlichkeit verschiedene Arten sich über ihren Gewinn zu äußern. Ganz besonders häufig kommt es vor, daß die Kranken, nachdem man sie mühsam zu einer gewissen Kenntnis genötigt hat, dann erklären: Das habe ich ja immer gewußt, das hätte ich Ihnen vorher sagen können. Die Einsichtsvolleren erkennen dies dann als eine Selbsttäuschung und klagen sich des Undankes an. Senst hängt im allgemeinen die Stellungnahme des Ich gegen die neue Erwerbung davon ab, aus welcher Schichte der Analyse letztere stammt. Was den äußersten Schichten angehört, wird ohne Schwierigkeit anerkannt, es war ja im Besitze des Ich geblieben, und nur sein Zusammenhang mit den tieferen Schichten des pathogenen Materials war für das Ich eine Neuigkeit. Was aus diesen tieferen Schichten zutage gefördert wird, findet auch noch Erkennung und Anerkennung, aber doch häufig erst nach längerem Zögern und Bedenken. Visuelle Erinnerungsbilder sind hier natürlich schwieriger zu verleugnen als Erinnerungsspuren von bloßen Gedankengängen. Gar nicht selten sagt der Kranke zuerst: Es ist möglich, daß ich dies gedacht habe, aber ich kann mich nicht erinnern, und erst nach längerer Vertrautheit mit dieser Annahme tritt auch das Erkennen dazu; er erinnert sich und bestätigt es auch durch Nebenverknüpfungen, daß er diesen Gedanken wirklich einmal gehabt hat. Ich mache es aber während der Analyse zum Gebote, die Wertschätzung einer auftauchenden Reminiszenz unabhängig von der Anerkennung des Kranken zu halten. Ich werde nicht müde zu wiederholen, daß wir daran gebunden sind, alles anzunehmen, was wir mit unseren Mitteln zutage fördern. Wäre etwas Unechtes oder Unrichtiges darunter, so würde der Zusammenhang es später ausscheiden lehren. Nebenbei gesagt, ich habe kaum je Anlaß gehabt, einer vorläufig zugelassenen Re-

miniszenz nachträglich die Anerkennung zu entziehen. Was immer auftauchte, hat sich trotz des täuschendsten Anscheines eines zwingenden Widerspruches doch endlich als das Richtige erwiesen.

Die aus der größten Tiefe stammenden Vorstellungen, die den Kern der pathogenen Organisation bilden, werden von den Kranken auch am schwierigsten als Erinnerungen anerkannt. Selbst wenn alles vorüber ist, wenn die Kranken, durch den logischen Zwang überwältigt und von der Heilwirkung überzeugt, die das Auftauchen gerade dieser Vorstellungen begleitet — wenn die Kranken, sage ich, selbst angenommen haben, sie hätten so und so gedacht, fügen sie oft hinzu: Aber erinnern, daß ich es gedacht habe, kann ich mich nicht. Man verständigt sich dann leicht mit ihnen: Es waren unbewußte Gedanken. Wie soll man aber selbst diesen Sachverhalt in seine psychologischen Anschauungen eintragen? Soll man sich über dies verweigerte Erkennen von seiten der Kranken, das nach getaner Arbeit motivlos ist, hinwegsetzen; soll man annehmen, daß es sich wirklich um Gedanken handelt, die nicht zustande gekommen sind, für welche bloß die Existenzmöglichkeit vorlag, so daß die Therapie in der Vollziehung eines damals unterbliebenen psychischen Aktes bestünde? Es ist offenbar unmöglich, hierüber, d. h. also über den Zustand des pathogenen Materials vor der Analyse etwas auszusagen, ehe man seine psychologischen Grundansichten, zumal über das Wesen des Bewußtseins, gründlich geklärt hat. Es bleibt wohl eine des Nachdenkens würdige Tatsache, daß man bei solchen Analysen einen Gedankengang aus dem Bewußten ins Unbewußte (d. i. absolut nicht als Erinnerung Erkannte) verfolgen, ihn von dort aus wieder eine Strecke weit durchs Bewußte ziehen und wieder im Unbewußten enden sehen kann, ohne daß dieser Wechsel der „psychischen Beleuchtung“ an ihm selbst, an seiner Folgerichtigkeit, dem Zusammenhang seiner einzelnen Teile, etwas ändern würde. Habe ich dann einmal diesen Gedankengang ganz

vor mir, so könnte ich nicht erraten, welches Stück vom Kranken als Erinnerung erkannt wurde, welches nicht. Ich sehe nur gewissermaßen die Spitzen des Gedankenganges ins Unbewußte eintauchen, umgekehrt wie man es von unseren normalen psychischen Vorgängen behauptet hat.

*

Ich habe endlich noch ein Thema zu behandeln, welches bei der Durchführung einer solchen kathartischen Analyse eine unerwünscht große Rolle spielt. Ich habe bereits als möglich zugestanden, daß die Druckprozedur versagt, trotz alles Versicherns und Drängens keine Reminiszenz heraufbefördert. Dann, sagte ich, seien zwei Fälle möglich, entweder, es ist an der Stelle, wo man eben nachforscht, wirklich nichts zu holen; dies erkennt man an der völlig ruhigen Miene des Kranken; oder man ist auf einen erst später überwindbaren Widerstand gestoßen, man steht vor einer neuen Schichte, in die man noch nicht eindringen kann, und das liest man dem Kranken wiederum von seiner gespannten und von geistiger Anstrengung zeugenden Miene ab. Es ist aber noch ein dritter Fall möglich, der gleichfalls ein Hindernis bedeutet, aber kein inhaltliches, sondern ein äußerliches. Dieser Fall tritt ein, wenn das Verhältnis des Kranken zum Arzte gestört ist, und bedeutet das ärgste Hindernis, auf das man stoßen kann. Man kann aber in jeder ernsteren Analyse darauf rechnen.

Ich habe bereits angedeutet, welche wichtige Rolle der Person des Arztes bei der Schöpfung von Motiven zufällt, welche die psychische Kraft des Widerstandes besiegen sollen. In nicht wenigen Fällen, besonders bei Frauen und wo es sich um Klärung erotischer Gedankengänge handelt, wird die Mitarbeiterschaft der Patienten zu einem persönlichen Opfer, das durch irgendwelches Surrogat von Liebe vergolten werden muß. Die Mühewaltung und ge-

duldige Freundlichkeit des Arztes haben als solches Surrogat zu genügen.

Wird nun dieses Verhältnis der Kranken zum Arzte gestört, so versagt auch die Bereitschaft der Kranken; wenn der Arzt sich nach der nächsten pathogenen Idee erkundigen will, tritt der Kranken das Bewußtsein der Beschwerden dazwischen, die sich bei ihr gegen den Arzt angehäuft haben. Soviel ich erfahren habe, tritt dieses Hindernis in drei Hauptfällen ein:

1) Bei persönlicher Entfremdung, wenn die Kranke sich zurückgesetzt, geringgeschätzt, beleidigt glaubt oder Ungünstiges über den Arzt und die Behandlungsmethode gehört hat. Dies ist der am wenigsten ernste Fall; das Hindernis ist durch Aussprechen und Aufklären leicht zu überwinden, wenngleich die Empfindlichkeit und der Argwohn Hysterischer sich gelegentlich in ungeahnten Dimensionen äußern können.

2) Wenn die Kranke von der Furcht ergriffen wird, sie gewöhne sich zu sehr an die Person des Arztes, verliere ihre Selbständigkeit ihm gegenüber, könne gar in sexuelle Abhängigkeit von ihm geraten. Dieser Fall ist bedeutsamer, weil minder individuell bedingt. Der Anlaß zu diesem Hindernisse ist in der Natur der therapeutischen Bekümmernisse enthalten. Die Kranke hat nun ein neues Motiv zum Widerstande, welches sich nicht nur bei einer gewissen Reminiszenz, sondern bei jedem Versuche der Behandlung äußert. Ganz gewöhnlich klagt die Kranke über Kopfschmerzen, wenn man die Druckprozedur vornimmt. Ihr neues Motiv zum Widerstande bleibt ihr nämlich meistens unbewußt, und sie äußert es durch ein neu erzeugtes hysterisches Symptom. Der Kopfschmerz bedeutet die Abneigung, sich beeinflussen zu lassen.

3) Wenn die Kranke sich davor erschreckt, daß sie aus dem Inhalte der Analyse auftauchende peinliche Vorstellungen auf die Person des Arztes überträgt. Dies ist häufig, ja in manchen Analysen ein regelmäßiges Vorkommnis. Die Übertragung auf den

Arzt geschieht durch falsche Verknüpfung (vgl. S. 121). Ich muß hier wpl ein Beispiel anführen: Ursprung eines gewissen hysterischen Symptoms war bei einer meiner Patientinnen der vor vielen Jahren gehegte und sofort ins Unbewußte verwiesene Wunsch, der Mann, mit dem sie damals ein Gespräch geführt, möchte doch herzhaft zugreifen und ihr einen Kuß aufdrängen. Nun taucht einmal nach Beendigung einer Sitzung ein solcher Wunsch in der Kranken in bezug auf meine Person auf; sie ist entsetzt darüber, verbringt eine schlaflose Nacht und ist das nächste Mal, obwohl sie die Behandlung nicht verweigert, doch ganz unbrauchbar zur Arbeit. Nachdem ich das Hindernis erfahren und behoben habe, geht die Arbeit wieder weiter und siehe da, der Wunsch, der die Kranke so erschreckt, erscheint als die nächste, als die jetzt vom logischen Zusammenhange geforderte der pathogenen Erinnerungen. Es war also so zugegangen: Es war zuerst der Inhalt des Wunsches im Bewußtsein der Kranken aufgetreten, ohne die Erinnerungen an die Nebenumstände, die diesen Wunsch in die Vergangenheit verlegen konnten; der nun vorhandene Wunsch wurde durch den im Bewußtsein herrschenden Assoziationszwang mit meiner Person verknüpft, welche ja die Kranke beschäftigen darf, und bei dieser *Mésalliance* — die ich falsche Verknüpfung heiße — wacht derselbe Affekt auf, der seinerzeit die Kranke zur Verweisung dieses unerlaubten Wunsches gedrängt hat. Nun ich das einmal erfahren habe, kann ich von jeder ähnlichen Inanspruchnahme meiner Person voraussetzen, es sei wieder eine Übertragung und falsche Verknüpfung vorgefallen. Die Kranke fällt merkwürdigerweise der Täuschung jedes neue Mal zum Opfer.

Man kann keine Analyse zu Ende führen, wenn man dem Widerstande, der sich aus diesen drei Vorfällen ergibt, nicht zu begegnen weiß. Man findet aber auch hiezu den Weg, wenn man sich vorsetzt, dieses nach altem Muster neu produzierte Symptom so zu behandeln wie die alten. Man hat zunächst

die Aufgabe, das „Hindernis“ der Kranken bewußt zu machen. Bei einer meiner Kranken zum Beispiel, bei der plötzlich die Druckprozedur versagte und ich Grund hatte, eine unbewußte Idee wie die unter 2) erwähnte anzunehmen, traf ich es das erstemal durch Übrumpelung. Ich sagte ihr, es müsse sich ein Hindernis gegen die Fortsetzung der Behandlung ergeben haben, die Druckprozedur habe aber wenigstens die Macht, ihr dieses Hindernis zu zeigen, und drückte auf ihren Kopf. Sie sagte erstaunt: Ich sehe Sie auf dem Sessel hier sitzend, das ist doch ein Unsinn; was soll das bedeuten? — Ich konnte sie nun aufklären.

Bei einer andern pflegte sich das „Hindernis“ nicht direkt auf Druck zu zeigen, aber ich konnte es jedesmal nachweisen, wenn ich die Patientin auf den Moment zurückführte, in dem es entstanden war. Diesen Moment wiederzubringen, verweigerte uns die Druckprozedur nie. Mit dem Auffinden und Nachweisen des Hindernisses war die erste Schwierigkeit hinweggeräumt, eine größere blieb noch bestehen. Sie bestand darin, die Kranke zum Mitteilen zu bewegen, wo anscheinend persönliche Beziehungen in Betracht kamen, wo die dritte Person mit der des Arztes zusammenfiel. Ich war anfangs über diese Vermehrung meiner psychischen Arbeit recht ungehalten, bis ich das Gesetzmäßige des ganzen Vorganges einsehen lernte, und dann merkte ich auch, daß durch solche Übertragung keine erhebliche Mehrleistung geschaffen sei. Die Arbeit für die Patientin blieb dieselbe: etwa den peinlichen Affekt zu überwinden, daß sie einen derartigen Wunsch einen Moment lang hegen konnte, und es schien für den Erfolg gleichgültig, ob sie diese psychische Abstoßung im historischen Falle oder im rezenten mit mir zum Thema der Arbeit nahm. Die Kranken lernten auch allmählich einsehen, daß es sich bei solchen Übertragungen auf die Person des Arztes um einen Zwang und um eine Täuschung handle, die mit Beendigung der Analyse zerfließe. Ich meine aber, wenn ich versäumt hätte, ihnen

die Natur des „Hindernisses“ klar zu machen, hätte ich ihnen einfach ein neues hysterisches Symptom, wenn auch ein milderer, für ein anderes, spontan entwickeltes, substituiert.

*

Nun, meine ich, ist es genug der Andeutungen über die Ausführung solcher Analysen und die dabei gemachten Erfahrungen. Sie lassen vielleicht manches komplizierter erscheinen, als es ist; vieles ergibt sich ja von selbst, wenn man sich in solch einer Arbeit befindet. Ich habe die Schwierigkeiten der Arbeit nicht aufgezählt, um den Eindruck zu erwecken, es lohne sich bei derartigen Anforderungen an Arzt und Kranke nur in den seltensten Fällen, eine kathartische Analyse zu unternehmen. Ich lasse mein ärztliches Handeln von der gegenteiligen Voraussetzung beeinflussen. — Die bestimmtesten Indikationen für die Anwendung der hier geschilderten therapeutischen Methode kann ich freilich nicht aufstellen, ohne in die Würdigung des bedeutsameren und umfassenderen Themas der Therapie der Neurosen überhaupt einzugehen. Ich habe bei mir häufig die kathartische Psychotherapie mit chirurgischen Eingriffen verglichen, meine Kuren als psychotherapeutische Operationen bezeichnet, die Analogien mit Eröffnung einer eitergefüllten Höhle, der Auskratzung einer kariös erkrankten Stelle u. dgl. verfolgt. Eine solche Analogie findet ihre Berechtigung nicht so sehr in der Entfernung des Krankhaften als in der Herstellung besserer Heilungsbedingungen für den Ablauf des Prozesses.

Ich habe wiederholt von meinen Kranken, wenn ich ihnen Hilfe oder Erleichterung durch eine kathartische Kur versprach, den Einwand hören müssen: Sie sagen ja selbst, daß mein Leiden wahrscheinlich mit meinen Verhältnissen und Schicksalen zusammenhängt: daran können Sie ja nichts ändern; auf welche Weise wollen Sie mir denn helfen? Darauf habe ich antworten

können: — Ich zweifle ja nicht, daß es dem Schicksale leichter fallen müßte als mir, Ihr Leiden zu beheben: aber Sie werden sich überzeugen, daß viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wiedergenesenen Seelenleben besser zur Wehre setzen können.

ÜBER DIE BERECHTIGUNG
VON DER NEURASTHENIE
EINEN BESTIMMTEN
SYMPTOMENKOMPLEX ALS
»» ANGST-NEUROSE ««
ABZUTRENNEN

ÜBER DIE BERECHTIGUNG VON DER NEURASTHENIE EINEN BESTIMMTEN SYMPTOMENKOMPLEX ALS »ANGST- NEUROSE« ABZUTRENNEN

Es ist schwierig, etwas Allgemeingültiges von der Neurasthenie auszusagen, solange man diesen Krankheitsnamen all das bedeuten läßt, wofür Beard ihn gebraucht hat. Die Neuropathologie, meine ich, kann nur dabei gewinnen, wenn man den Versuch macht, von der eigentlichen Neurasthenie alle jene neurotischen Störungen abzusondern, deren Symptome einerseits untereinander fester verknüpft sind als mit den typischen neurasthenischen Symptomen (dem Kopfdruck, der Spinalirritation, der Dyspepsie mit Flatulenz und Obstipation), und die andererseits in ihrer Ätiologie und ihrem Mechanismus wesentliche Verschiedenheiten von der typischen neurasthenischen Neurose erkennen lassen. Nimmt man diese Absicht an, so wird man bald ein ziemlich einförmiges Bild der Neurasthenie gewonnen haben. Man wird es dann dahin bringen, schärfer, als es bisher gelungen ist, verschiedene Pseudoneurasthenien (das Bild der organisch vermittelten nasalen Reflexneurose, die nervösen Störungen der Kachexien und der Arteriosklerose, die Vorstadien der progressiven Paralyse und mancher Psychosen) von

echter Neurasthenie zu unterscheiden, ferner werden sich — nach Möbius' Vorschlag — manche Status nervosi der hereditär Degenerierten abseits stellen lassen, und man wird auch Gründe finden, manche Neurosen, die man heute Neurasthenie heißt, besonders intermittierender oder periodischer Natur, vielmehr der Melancholie zuzurechnen. Die einschneidendste Veränderung bahnt man aber an, wenn man sich entschließt, von der Neurasthenie jenen Symptomenkomplex abzutrennen, den ich im folgenden beschreiben werde, und der die oben aufgestellten Bedingungen in besonders zureichender Weise erfüllt. Die Symptome dieses Komplexes stehen klinisch einander weit näher als den echt neurasthenischen (d. h. sie kommen häufig zusammen vor, vertreten einander im Krankheitsverlauf), und Ätiologie wie Mechanismus dieser Neurose sind grundverschieden von der Ätiologie und dem Mechanismus der echten Neurasthenie, wie sie uns nach solcher Sonderung erübrigt.

Ich nenne diesen Symptomenkomplex „Angstneurose“, weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen, weil jeder einzelne von ihnen eine bestimmte Beziehung zur Angst besitzt. Ich glaubte, mit dieser Auffassung der Symptome der Angstneurose originell zu sein, bis mir ein interessanter Vortrag von E. Hecker¹ in die Hände fiel, in welchem ich die nämliche Deutung mit aller wünschenswerten Klarheit und Vollständigkeit dargelegt fand. Hecker löst die von ihm als Äquivalente oder Rudimente des Angstanfalles erkannten Symptome allerdings nicht aus dem Zusammenhange der Neurasthenie, wie ich es beabsichtige; allein dies rührt offenbar daher, daß er auf die Verschiedenheit der ätiologischen Bedingungen hier und dort keine Rücksicht genommen hat. Mit der Kenntnis

1) E. Hecker: Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. Zentralblatt für Nervenheilkunde, Dezember 1893. — Die Angst wird geradezu unter den Hauptsymptomen der Neurasthenie angeführt in der Studie von Kaan: Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang, Wien 1895.

dieser letzteren Differenz entfällt jeder Zwang, die Angstsymptome mit demselben Namen wie die echt neurasthenischen zu bezeichnen, denn die sonst willkürliche Namengebung hat vor allem den Zweck, uns die Aufstellung allgemeiner Behauptungen zu erleichtern.

I

Klinische Symptomatologie der Angstneurose

Was ich „Angstneurose“ nenne, kommt in vollständiger oder rudimentärer Ausbildung, isoliert oder in Kombination mit anderen Neurosen zur Beobachtung. Die einigermaßen vollständigen und dabei isolierten Fälle sind natürlich diejenigen, welche den Eindruck, daß die Angstneurose klinische Selbständigkeit besitze, besonders unterstützen. In anderen Fällen steht man vor der Aufgabe, aus einem Symptomenkomplex, welcher einer „gemischten Neurose“ entspricht, diejenigen herauszuklauben und zu sondern, die nicht der Neurasthenie, Hysterie u. dgl., sondern der Angstneurose zugehören.

Das klinische Bild der Angstneurose umfaßt folgende Symptome:

1) Die allgemeine Reizbarkeit. Diese ist ein häufiges nervöses Symptom, als solches vielen Status nervosi eigen. Ich führe sie hier an, weil sie bei der Angstneurose konstant vorkommt und theoretisch bedeutsam ist. Gesteigerte Reizbarkeit deutet ja stets auf Anhäufung von Erregung oder auf Unfähigkeit, Anhäufung zu ertragen, also auf absolute oder relative Reizanhäufung. Einer besonderen Hervorhebung wert finde ich den Ausdruck dieser gesteigerten Reizbarkeit durch eine Gehörshyperästhesie, eine Überempfindlichkeit gegen Geräusche, welches Symptom sicherlich durch die mitgeborene innige Beziehung zwischen Gehörseindrücken und Erschrecken zu erklären ist. Die Gehörshyperästhesie findet sich häufig als Ursache der Schlaflosigkeit, von welcher mehr als eine Form zur Angstneurose gehört.

2) Die ängstliche Erwartung. Ich kann den Zustand, den ich meine, nicht besser erläutern, als durch diesen Namen und einige beigefügte Beispiele. Eine Frau z. B., die an ängstlicher Erwartung leidet, denkt bei jedem Hustenstoße ihres katarrhalisch affizierten Mannes an Influenzapneumonie und sieht im Geiste seinen Leichenzug vorüberziehen. Wenn sie auf dem Wege nach Hause zwei Personen vor ihrem Haustor beisammenstehend sieht, kann sie sich des Gedankens nicht erwehren, daß eines ihrer Kinder aus dem Fenster gestürzt sei; wenn sie die Glocke läuten hört, so bringt man ihr eine Trauerbotschaft u. dgl., während doch in allen diesen Fällen kein besonderer Anlaß zur Verstärkung einer bloßen Möglichkeit vorliegt.

Die ängstliche Erwartung klingt natürlich stetig ins Normale ab, umfaßt alles, was man gemeinhin als „Ängstlichkeit, Neigung zu pessimistischer Auffassung der Dinge“ bezeichnet, geht aber so oft als möglich über solche plausible Ängstlichkeit hinaus und ist häufig selbst für den Kranken als eine Art von Zwang erkenntlich. Für eine Form der ängstlichen Erwartung, nämlich für die in bezug auf die eigene Gesundheit, kann man den alten Krankheitsnamen Hypochondrie reservieren. Die Hypochondrie geht nicht immer der Höhe der allgemeinen ängstlichen Erwartung parallel, sie verlangt als Vorbedingung die Existenz von Parästhesien und peinlichen Körperempfindungen, und so wird die Hypochondrie die Form, welche die echten Neurastheniker bevorzugen, sobald sie, was häufig geschieht, der Angstneurose verfallen.

Eine weitere Äußerung der ängstlichen Erwartung dürfte die bei moralisch empfindlicheren Personen so häufige Neigung zur Gewissensangst, zur Skrupulosität und Pedanterie sein, die gleichfalls vom Normalen bis zur Steigerung als Zweifelsucht variiert.

Die ängstliche Erwartung ist das Kernsymptom der Neurose; in ihr liegt auch ein Stück von der Theorie derselben frei zutage. Man kann etwa sagen, daß hier ein Quantum Angst frei flottierend vorhanden ist, welches bei der Erwartung die Aus-

wahl der Vorstellungen beherrscht und jederzeit bereit ist, sich mit irgend einem passenden Vorstellungsinhalt zu verbinden.

3) Es ist dies nicht die einzige Art, wie die fürs Bewußtsein meist latente, aber konstant lauernde Ängstlichkeit sich äußern kann. Diese kann vielmehr auch plötzlich ins Bewußtsein hereinschlagen, ohne vom Vorstellungsablauf geweckt zu werden, und so einen Angstanfall hervorrufen. Ein solcher Angstanfall besteht entweder einzig aus dem Angstgeföhle ohne jede assoziierte Vorstellung oder mit der naheliegenden Deutung der Lebensvernichtung, des „Schlagtreffens“, des drohenden Wahnsinns, oder aber dem Angstgeföhle ist irgendwelche Parästhesie beigemischt (ähnlich der hysterischen Aura), oder endlich mit der Angstepfindung ist eine Störung irgend einer oder mehrerer Körperfunktionen, der Atmung, Herztätigkeit, der vasomotorischen Innervation, der Drüsentätigkeit verbunden. Aus dieser Kombination hebt der Patient bald das eine, bald das andere Moment besonders hervor, er klagt über „Herzkrampf“, „Atemnot“, „Schweißausbrüche“, „Heißhunger“ u. dgl., und in seiner Darstellung tritt das Angstgeföhle häufig ganz zurück oder wird recht unkenntlich als ein „Schlechtwerden“, „Unbehagen“ usw. bezeichnet.

4) Interessant und diagnostisch bedeutsam ist nun, daß das Maß der Mischung dieser Elemente im Angstanfalle ungemein variiert, und daß nahezu jedes begleitende Symptom den Anfall ebensowohl allein konstituieren kann wie die Angst selbst. Es gibt demnach rudimentäre Angstanfälle und Äquivalente des Angstanfalles, wahrscheinlich alle von der gleichen Bedeutung, die einen großen und bis jetzt wenig gewürdigten Reichtum an Formen zeigen. Das genauere Studium dieser larvierten Angstzustände (Hecker) und ihre diagnostische Trennung von anderen Anfällen dürfte bald zur notwendigen Arbeit für den Neuropathologen werden.

Ich füge hier nur die Liste der mir bekannten Formen des Angstanfalles an:

a) Mit Störungen der Herztätigkeit, Herzklopfen, mit kurzer Arrhythmie, mit länger anhaltender Tachykardie bis zu schweren Schwächezuständen des Herzens, deren Unterscheidung von organischer Herzaffektion nicht immer leicht ist; Pseudoangina pectoris, ein diagnostisch heikles Gebiet!

b) Mit Störungen der Atmung, mehrere Formen von nervöser Dyspnoë, asthmaartigem Anfalle u. dgl. Ich hebe hervor, daß selbst diese Anfälle nicht immer von kenntlicher Angst begleitet sind.

c) Anfälle von Schweißausbrüchen, oft nächtlich.

d) Anfälle von Zittern und Schütteln, die nur zu leicht mit hysterischen verwechselt werden.

e) Anfälle von Heißhunger, oft mit Schwindel verbunden.

f) Anfallsweise auftretende Diarrhöen.

g) Anfälle von lokomotorischem Schwindel.

h) Anfälle von sogenannten Kongestionen, so ziemlich alles, was man vasomotorische Neurasthenie genannt hat.

i) Anfälle von Parästhesien (diese aber selten ohne Angst oder ein ähnliches Unbehagen).

5) Nichts als eine Abart des Angstanfalles ist sehr häufig das nächtliche Aufschrecken (Pavor nocturnus der Erwachsenen), gewöhnlich mit Angst, mit Dyspnoë, Schweiß u. dgl. verbunden. Diese Störung bedingt eine zweite Form von Schlaflosigkeit im Rahmen der Angstneurose. — Es ist mir übrigens unzweifelhaft geworden, daß auch der Pavor nocturnus der Kinder eine Form zeigt, die zur Angstneurose gehört. Der hysterische Anstrich, die Verknüpfung der Angst mit der Reproduktion eines hiezu geeigneten Erlebnisses oder Traumes, lassen den Pavor nocturnus der Kinder als etwas Besonderes erscheinen; er kommt aber auch rein vor, ohne Traum oder wiederkehrende Halluzination.

6) Eine hervorragende Stellung in der Symptomengruppe der Angstneurose nimmt der „Schwindel“ ein, der in seinen leichtesten Formen besser als „Tamel“ zu bezeichnen ist, in schwererer Ausbildung als „Schwindelanfall“ mit oder ohne Angst zu den

folgeschwersten Symptomen der Neurose gehört. Der Schwindel der Angstneurose ist weder ein Drehschwindel, noch läßt er, wie der Menièresche Schwindel, einzelne Ebenen und Richtungen hervorheben. Er gehört dem lokomotorischen oder koordinatorschen Schwindel an wie der Schwindel bei Augenmuskellähmung; er besteht in einem spezifischen Mißbehagen, begleitet von den Empfindungen, daß der Boden wogt, die Beine versinken, daß es unmöglich ist, sich weiter aufrecht zu halten, und dabei sind die Beine bleischwer, zittern oder knicken ein. Zum Hinstürzen führt dieser Schwindel nie. Dagegen möchte ich behaupten, daß ein solcher Schwindelanfall auch durch einen Anfall von tiefer Ohnmacht vertreten werden kann. Andere ohnmachtartige Zustände bei der Angstneurose scheinen von einem Herzkollaps abzuhängen.

Der Schwindelanfall ist nicht selten von der schlimmsten Art von Angst begleitet, häufig mit Herz- und Atemstörungen kombiniert. Höhenschwindel, Berg- und Abgrundschwindel finden sich nach meinen Beobachtungen gleichfalls bei der Angstneurose häufig vor; auch weiß ich nicht, ob man noch berechtigt ist, nebenher einen *vertigo a stomacho laeso* anzuerkennen.

7) Auf Grund der chronischen Ängstlichkeit (ängstliche Erwartung) einerseits, der Neigung zum Schwindelangstanfälle andererseits entwickeln sich zwei Gruppen von typischen Phobien, die erste auf die allgemein physiologischen Bedrohungen, die andere auf die Lokomotion bezüglich. Zur ersten Gruppe gehören die Angst vor Schlangen, Gewitter, Dunkelheit, Ungeziefer u. dgl., sowie die typische moralische Überbedenklichkeit, Formen der Zweifelsucht; hier wird die disponible Angst einfach zur Verstärkung von Abneigungen verwendet, die jedem Menschen instinktiv eingepflanzt sind. Gewöhnlich bildet sich eine zwangsartig wirkende Phobie aber erst dann, wenn eine Reminiszenz an ein Erlebnis hinzukommt, bei welchem diese Angst sich äußern konnte, z. B. nachdem der Kranke ein Gewitter im Freien mitgemacht

hat. Man tut Unrecht, solche Fälle einfach als Fortdauer stärker Eindrücke erklären zu wollen; was diese Erlebnisse bedeutsam und ihre Erinnerung dauerhaft macht, ist doch nur die Angst, die damals hervortreten konnte und heute ebenso hervortreten kann. Mit anderen Worten, solche Eindrücke bleiben kräftig nur bei Personen mit „ängstlicher Erwartung“.

Die andere Gruppe enthält die Agoraphobie mit allen ihren Nebenarten, sämtliche charakterisiert durch die Beziehung auf die Lokomotion. Ein vorausgegangener Schwindelanfall findet sich hierbei häufig als Begründung der Phobie; ich glaube nicht, daß man ihn jedesmal postulieren darf. Gelegentlich sieht man, daß nach einem ersten Schwindelanfall ohne Angst die Lokomotion zwar beständig von der Sensation des Schwindels begleitet wird, aber ohne Einschränkung möglich bleibt, daß dieselbe aber unter den Bedingungen des Alleinseins, der engen Straße u. dgl. versagt, wenn einmal sich zum Schwindelanfalle Angst hinzugesellt hat.

Das Verhältnis dieser Phobien zu den Phobien der Zwangsneurose, deren Mechanismus ich in einem früheren Aufsatz¹ in diesem Blatte aufgedeckt habe, ist folgender Art: Die Übereinstimmung liegt darin, daß hier wie dort eine Vorstellung zwangsartig wird durch die Verknüpfung mit einem disponiblen Affekt. Der Mechanismus der Affektversetzung gilt also für beide Arten von Phobien. Bei den Phobien der Angstneurose ist aber 1) dieser Affekt ein monotoner, stets der der Angst; 2) stammt er nicht von einer verdrängten Vorstellung her, sondern erweist sich bei psychologischer Analyse als nicht weiter reduzierbar, wie er auch durch Psychotherapie nicht anfechtbar ist. Der Mechanismus der Substitution gilt also für die Phobien der Angstneurose nicht.

Beiderlei Arten von Phobien (oder Zwangsvorstellungen) kommen häufig nebeneinander vor, obwohl die atypischen Phobien, die auf

1) Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Zentralbl., 1894, Nr. 10 und 11, S. 57 ff dieses Bandes.

Zwangsvorstellungen beruhen, nicht notwendig auf dem Boden der Angstneurose erwachsen müssen. Ein sehr häufiger, anscheinend komplizierter Mechanismus stellt sich heraus, wenn bei einer ursprünglich einfachen Phobie der Angstneurose der Inhalt der Phobie durch eine andere Vorstellung substituiert wird, die Substitution also nachträglich zur Phobie hinzukommt. Zur Substitution werden am häufigsten die „Schutzmaßregeln“ benützt, die ursprünglich zur Bekämpfung der Phobie versucht worden sind. So entsteht z. B. die Grübelsucht aus dem Bestreben, sich den Gegenbeweis zu liefern, daß man nicht verrückt ist, wie die hypochondrische Phobie behauptet: das Zaudern und Zweifeln, noch vielmehr das Repetieren der *folie de doute* entspringt dem berechtigten Zweifel in die Sicherheit des eigenen Gedankenablaufes, da man sich doch so hartnäckiger Störung durch die zwangsartige Vorstellung bewußt ist u. dgl. Man kann daher behaupten, daß auch viele Syndrome der Zwangsneurose, wie die *folie de doute* und Ähnliches, klinisch, wenn auch nicht begrifflich, der Angstneurose zuzurechnen sind.¹

8) Die Verdauungstätigkeit erfährt bei der Angstneurose nur wenige, aber charakteristische Störungen. Sensationen wie Brechneigung und Übligkeiten sind nichts Seltenes, und das Symptom des Heißhungers kann allein oder mit anderen (Kongestionen) einen rudimentären Angstanfall abgeben; als chronische Veränderung, analog der ängstlichen Erwartung, findet man eine Neigung zur Diarrhöe, die zu den seltsamsten diagnostischen Irrtümern Anlaß gegeben hat. Wenn ich nicht irre, ist es diese Diarrhöe, auf welche Möbius² unlängst in einem kleinen Aufsatz die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Ich vermute ferner, Peyers reflektorische Diarrhöe, die er von Erkrankungen der Prostata ableitet,³ ist nichts anderes als diese Diarrhöe der Angstneurose.

1) Obsessions et phobies. *Révue neurologique*, 1895.

2) Möbius: *Neuropathologische Beiträge*, 1894, 2. Heft.

3) Peyer: *Die nervösen Affektionen des Darmes*. Wiener Klinik, Jänner 1893.

Eine reflektorische Beziehung wird dadurch vorgetäuscht, daß in der Ätiologie der Angstneurose dieselben Faktoren ins Spiel kommen, die bei der Entstehung von solchen Prostataaffektionen u. dgl. tätig sind.

Das Verhalten der Magendarmtätigkeit bei der Angstneurose zeigt einen scharfen Gegensatz zu der Beeinflussung derselben Funktion bei der Neurasthenie. Mischfälle zeigen oft die bekannte „Abwechslung von Diarrhöe und Verstopfung“. Der Diarrhöe analog ist der Harndrang der Angstneurose.

9) Die Parästhesien, die den Schwindel- oder Angstanfall begleiten können, werden dadurch interessant, daß sie sich, ähnlich wie die Sensationen der hysterischen Aura, zu einer festen Reihenfolge assoziieren; doch finde ich diese assoziierten Empfindungen im Gegensatze zu den hysterischen atypisch und wechselnd. Eine weitere Ähnlichkeit mit der Hysterie wird dadurch erzeugt, daß bei der Angstneurose eine Art von Konversion¹ auf körperliche Sensationen stattfindet, die sonst nach Belieben übersehen werden können, z. B. auf die rheumatischen Muskeln. Eine ganze Anzahl sogenannter Rheumatiker, die übrigens auch als solche nachweisbar sind, leidet eigentlich an — Angstneurose. Neben dieser Steigerung der Schmerzempfindlichkeit habe ich bei einer Anzahl von Fällen der Angstneurose eine Neigung zu Halluzinationen beobachtet, welche letztere sich nicht als hysterische deuten ließen.

10) Mehrere der genannten Symptome, welche den Angstanfall begleiten oder vertreten, kommen auch in chronischer Weise vor. Sie sind dann noch weniger leicht kenntlich, da die sie begleitende ängstliche Empfindung undeutlicher ausfällt als beim Angstanfall. Dies gilt besonders für die Diarrhöe, den Schwindel und die Parästhesien. Wie der Schwindelanfall durch einen Ohnmachtsanfall, so kann der chronische Schwindel durch die andauernde Empfindung großer Hinfälligkeit, Mattigkeit u. dgl. vertreten werden.

1) Freud: Abwehr-Neuropsychosen.

II

Vorkommen und Ätiologie der Angstneurose

In manchen Fällen von Angstneurose läßt sich eine Ätiologie überhaupt nicht erkennen. Es ist bemerkenswert, daß in solchen Fällen der Nachweis einer schweren hereditären Belastung selten auf Schwierigkeiten stößt.

Wo man aber Grund hat, die Neurose für eine erworbene zu halten, da findet man bei sorgfältigem, dahin zielendem Examen als ätiologisch wirksame Momente eine Reihe von Schädlichkeiten und Einflüssen aus dem Sexualleben. Dieselben scheinen zunächst mannigfaltiger Natur, lassen aber leicht den gemeinsamen Charakter herausfinden, der ihre gleichartige Wirkung auf das Nervensystem erklärt; sie finden sich ferner entweder allein oder neben anderen banalen Schädlichkeiten, denen man eine unterstützende Wirkung zuschreiben darf. Diese sexuelle Ätiologie der Angstneurose ist so überwiegend häufig nachzuweisen, daß ich mich getraue, für die Zwecke dieser kurzen Mitteilung die Fälle mit zweifelhafter oder andersartiger Ätiologie beiseite zu lassen.

Für die genauere Darstellung der ätiologischen Bedingungen, unter denen die Angstneurose vorkommt, wird es sich empfehlen, Männer und Frauen gesondert zu behandeln. Die Angstneurose stellt sich bei weiblichen Individuen — nun abgesehen von deren Disposition — in folgenden Fällen ein:

a) als virginaler Angst oder Angst der Adoleszenten. Eine Anzahl von unzweideutigen Beobachtungen hat mir gezeigt, daß ein erstes Zusammentreffen mit dem sexuellen Problem, eine einigermaßen plötzliche Enthüllung des bisher Verschleierte[n], z. B. durch den Anblick eines sexuellen Aktes, eine Mitteilung oder Lektüre, bei heranreifenden Mädchen eine Angstneurose hervorrufen kann, die fast in typischer Weise mit Hysterie kombiniert ist;

b) als Angst der Neuvermählten. Junge Frauen, die bei den ersten Kohabitationen anästhetisch geblieben sind, verfallen nicht selten der Angstneurose, die wieder verschwindet, nachdem die Anästhesie normaler Empfindlichkeit Platz gemacht hat. Da die meisten jungen Frauen bei solcher anfänglicher Anästhesie gesund bleiben, bedarf es für das Zustandekommen dieser Angst Bedingungen, die ich auch angeben werde;

c) als Angst der Frauen, deren Männer Ejaculatio praecox oder sehr herabgesetzte Potenz zeigen; und

d) deren Männer den Coitus interruptus oder reservatus üben. Diese Fälle gehören zusammen, denn man kann sich bei der Analyse einer großen Anzahl von Beispielen leicht überzeugen, daß es nur darauf ankommt, ob die Frau beim Koitus zur Befriedigung gelangt oder nicht. Im letzteren Falle ist die Bedingung für die Entstehung der Angstneurose gegeben. Dagegen bleibt die Frau von der Neurose verschont, wenn der mit Ejaculatio praecox behaftete Mann den Congressus unmittelbar darauf mit besserem Erfolge wiederholen kann. Der Congressus reservatus mittels des Kondoms stellt für die Frau keine Schädlichkeit dar, wenn sie sehr rasch erregbar und der Mann sehr potent ist; im andern Falle steht diese Art des Präventivverkehrs den andern an Schädlichkeit nicht nach. Der Coitus interruptus ist fast regelmäßig eine Schädlichkeit; für die Frau wird er es aber nur dann, wenn der Mann ihn rücksichtslos übt, d. h. den Koitus unterbricht, sobald er der Ejakulation nahe ist, ohne sich um den Ablauf der Erregung der Frau zu kümmern. Wartet der Mann im Gegenteile die Befriedigung der Frau ab, so hat ein solcher Koitus für letztere die Bedeutung eines normalen; es erkrankt aber dann der Mann an Angstneurose. Ich habe eine große Anzahl von Beobachtungen gesammelt und analysiert, aus denen obige Sätze hervorgehen;

e) als Angst der Witwen und absichtlich Abstinenten, nicht selten in typischer Kombination mit Zwangsvorstellungen;

f) als Angst im Klimakterium während der letzten großen Steigerung der sexuellen Bedürftigkeit.

Die Fälle *c*, *d* und *e* enthalten die Bedingungen, unter denen die Angstneurose beim weiblichen Geschlecht am häufigsten und am ehesten unabhängig von hereditärer Disposition entsteht. An diesen — heilbaren, erworbenen — Fällen von Angstneurose werde ich den Nachweis zu führen versuchen, daß die aufgefundenene sexuelle Schädlichkeit wirklich das ätiologische Moment der Neurose darstellt. Ich will nur vorher auf die sexuellen Bedingungen der Angstneurose bei Männern eingehen. Hier möchte ich folgende Gruppen aufstellen, die sämtlich ihre Analogien bei den Frauen finden.

a) Angst der absichtlich Abstinenten, häufig mit Symptomen der Abwehr (Zwangsvorstellungen, Hysterie) kombiniert. Die Motive, die für absichtliche Abstinenz maßgebend sind, bringen es mit sich, daß eine Anzahl von hereditär Veranlagten, Sonderlingen u. dgl. zu dieser Kategorie zählt.

b) Angst der Männer mit frustraner Erregung (während des Brautstandes), Personen, die (aus Furcht vor den Folgen des sexuellen Verkehrs) sich mit Betasten oder Beschauen des Weibes begnügen. Diese Gruppe von Bedingungen (die übrigens unverändert auf das andere Geschlecht zu übertragen ist — Brautschaft, Verhältnisse mit sexueller Schonung) liefert die reinsten Fälle der Neurose.

c) Angst der Männer, die Coitus interruptus üben. Wie schon bemerkt, schädigt der Coitus interruptus die Frau, wenn er ohne Rücksicht auf die Befriedigung der Frau geübt wird; er wird aber zur Schädlichkeit für den Mann, wenn dieser, um die Befriedigung der Frau zu erzielen, den Coitus willkürlich dirigiert, die Ejakulation aufschiebt. Auf solche Weise läßt sich verstehen, daß von den Ehepaaren, die im Coitus interruptus leben, gewöhnlich nur ein Teil erkrankt. Bei Männern erzeugt der Coitus interruptus übrigens nur selten reine Angstneurose, meist eine Vermengung derselben mit Neurasthenie.

d) Angst der Männer im Senium. Es gibt Männer, die wie die Frauen ein Klimakterium zeigen und zur Zeit ihrer abnehmenden Potenz und steigenden Libido Angstneurose produzieren.

Endlich muß ich noch zwei Fälle anschließen, die für beide Geschlechter gelten:

a) Die Neurastheniker infolge von Masturbation verfallen in Angstneurose, sobald sie von ihrer Art der sexuellen Befriedigung ablassen. Diese Personen haben sich besonders unfähig gemacht, die Abstinenz zu ertragen.

Ich bemerke hier als wichtig für das Verständnis der Angstneurose, daß eine irgend bemerkenswerte Ausbildung derselben nur bei potent gebliebenen Männern und bei nicht anästhetischen Frauen zustande kommt. Bei Neurasthenikern, die durch Masturbation bereits schwere Schädigung ihrer Potenz erworben haben, fällt die Angstneurose im Falle der Abstinenz recht dürftig aus und beschränkt sich meist auf Hypochondrie und leichten chronischen Schwindel. Die Frauen sind ja in ihrer Mehrheit als „potent“ zu nehmen; eine wirklich impotente, d. h. wirklich anästhetische Frau ist gleichfalls der Angstneurose wenig zugänglich und erträgt die angeführten Schädlichkeiten auffällig gut.

Wieweit man etwa sonst berechtigt ist, konstante Beziehungen zwischen einzelnen ätiologischen Momenten und einzelnen Symptomen aus dem Komplex der Angstneurose anzunehmen, möchte ich hier noch nicht erörtern.

β) Die letzte der anzuführenden ätiologischen Bedingungen scheint zunächst überhaupt nicht sexueller Natur zu sein. Die Angstneurose entsteht, und zwar bei beiden Geschlechtern, auch durch das Moment der Überarbeitung, erschöpfender Anstrengung, z. B. nach Nachtwachen, Krankenpflegen und selbst nach schweren Krankheiten.

Der Haupteinwand gegen meine Aufstellung einer sexuellen Ätiologie der Angstneurose wird wohl dahin lauten: derartige abnorme Verhältnisse des Sexuallebens fänden sich so überaus häufig, daß sie überall zur Hand sein müssen, wo man nach ihnen sucht. Ihr Vorkommen in den angeführten Fällen von Angstneurose beweise also nicht, daß in ihnen die Ätiologie der Neurose aufgedeckt sei. Übrigens sei die Anzahl der Personen, die Coitus interruptus u. dgl. treiben, unvergleichlich größer als die Anzahl der mit Angstneurose Behafteten, und die überwiegende Menge der ersteren befände sich bei dieser Schädlichkeit recht wohl.

Ich habe darauf zu erwidern, daß man bei der anerkannt übergroßen Häufigkeit der Neurosen und der Angstneurose speziell ein selten vorkommendes ätiologisches Moment gewiß nicht erwarten dürfe; ferner daß damit geradezu ein Postulat der Pathologie erfüllt sei, wenn sich bei einer ätiologischen Untersuchung das ätiologische Moment noch häufiger nachweisen lasse als dessen Wirkung, da ja für letztere noch andere Bedingungen (Disposition, Summation der spezifischen Ätiologie, Unterstützung durch andere, banale Schädlichkeiten) erfordert werden können; ferner, daß die detaillierte Zergliederung geeigneter Fälle von Angstneurose die Bedeutung des sexuellen Moments ganz unzweideutig erweist. Ich will mich hier aber nur auf das ätiologische Moment des Coitus interruptus und auf die Hervorhebung einzelner beweisender Erfahrungen beschränken.

1) Solange die Angstneurose bei jungen Frauen noch nicht konstituiert ist, sondern in Ansätzen hervortritt, die immer wieder spontan verschwinden, läßt sich nachweisen, daß jeder solche Schub der Neurose auf einen Koitus mit mangelnder Befriedigung zurückgeht. Zwei Tage nach dieser Einwirkung, bei wenig resistenten Personen am Tage nachher, tritt regelmäßig der Angst- oder Schwindelanfall auf, an den sich andere Symptome der Neurose

schließen, um — bei seltenerem ehelichen Verkehr — wieder miteinander abzuklingen. Eine zufällige Reise des Mannes, ein Aufenthalt im Gebirge, der mit Trennung des Ehepaares verbunden ist; tun gut; die zumeist in erster Linie eingeleitete gynäkologische Behandlung nützt dadurch, daß während ihrer Dauer der eheliche Verkehr aufgehoben ist. Merkwürdigerweise ist der Erfolg der lokalen Behandlung ein vorübergehender, stellt sich die Neurose noch im Gebirge wieder ein, sobald der Mann seinerseits in die Ferien tritt u. dgl. Läßt man als ein dieser Ätiologie kundiger Arzt bei noch nicht konstituierter Neurose den Coitus interruptus durch normalen Verkehr ersetzen, so ergibt sich die therapeutische Probe auf die hier aufgestellte Behauptung. Die Angst ist behoben und kehrt ohne neuen, ähnlichen Anlaß nicht wieder.

2) In der Anamnese vieler Fälle von Angstneurose findet man bei Männern wie bei Frauen ein auffälliges Schwanken in der Intensität der Erscheinungen, ja im Kommen und Gehen des ganzen Zustandes. Dieses Jahr war fast ganz gut, das nächstfolgende gräßlich u. dgl., einmal fällt die Besserung zugunsten einer bestimmten Kur aus, die aber beim nächsten Anfall ganz im Stich gelassen hat u. dgl. m. Erkundigt man sich nun nach Anzahl und Reihenfolge der Kinder und stellt diese Ehechronik dem eigentümlichen Verlauf der Neurose gegenüber, so ergibt sich als einfache Lösung, daß die Perioden von Besserung oder Wohlbefinden mit den Graviditäten der Frau zusammenfallen, während welcher natürlich der Anlaß für den Präventivverkehr entfallen war. Dem Manne aber hatte jene Kur, sei es beim Pfarrer Kneipp oder in der hydrotherapeutischen Anstalt, genützt, nach welcher er seine Frau gravid antraf.

3) Aus der Anamnese der Kranken ergibt sich häufig, daß die Symptome der Angstneurose zu einer bestimmten Zeit die einer andern Neurose, etwa der Neurasthenie, abgelöst und sich an deren Stelle gesetzt haben. Es läßt sich dann ganz regelmäßig nachweisen, daß kurz vor diesem Wechsel des Bildes ein ent-

sprechender Wechsel in der Art der sexuellen Schädigung stattgefunden hat.

Während derartige, nach Belieben zu vermehrende Erfahrungen dem Arzte für eine gewisse Kategorie von Fällen die sexuelle Ätiologie geradezu aufdrängen, lassen sich andere Fälle, die sonst unverständlich blieben, mittels des Schlüssels der sexuellen Ätiologie wenigstens widerspruchlos verstehen und einreihen. Es sind dies jene sehr zahlreichen Fälle, in denen zwar alles vorhanden ist, was wir bei der vorigen Kategorie gefunden haben, die Erscheinungen der Angstneurose einerseits, das spezifische Moment des Coitus interruptus andererseits, wo aber noch etwas anderes sich einschleibt, nämlich ein langes Intervall zwischen der vermeintlichen Ätiologie und deren Wirkung, und etwa noch ätiologische Momente nicht sexueller Natur. Da ist z. B. ein Mann, der auf die Nachricht vom Tode seines Vaters einen Herzanfall bekommt und von da an der Angstneurose verfallen ist. Der Fall ist nicht zu verstehen, denn der Mann war bisher nicht nervös; der Tod des hochbejahrten Vaters erfolgte keineswegs unter besonderen Umständen, und man wird zugeben, daß das normale, erwartete Ableben eines alten Vaters nicht zu den Erlebnissen gehört, die einen gesunden Erwachsenen krank zu machen pflegen. Vielleicht wird die ätiologische Analyse durchsichtiger, wenn ich hinzunehme, daß dieser Mann seit elf Jahren den Coitus interruptus mit Rücksicht auf seine Frau ausübt. Die Erscheinungen sind wenigstens genau die nämlichen, wie sie bei anderen Personen nach kurzer derartiger sexueller Schädigung und ohne Dazwischenkunft eines anderen Traumas auftreten. Ähnlich zu beurteilen ist der Fall einer Frau, deren Angstneurose nach dem Verlust eines Kindes ausbricht, oder des Studenten, der in der Vorbereitung zu seiner letzten Staatsprüfung durch die Angstneurose gestört wird. Ich finde die Wirkung hier wie dort nicht durch die angegebene Ätiologie erklärt. Man muß sich nicht beim Studieren „überarbeiten“, und eine gesunde Mutter pflegt auf den Verlust

eines Kindes nur mit normaler Trauer zu reagieren. Vor allem aber würde ich erwarten, daß der Student durch Überarbeitung eine Kephalasthenie, die Mutter in unserem Beispiele eine Hysterie akquirieren sollte. Daß sie beide Angstneurose bekommen, veranlaßt mich, Wert darauf zu legen, daß die Mutter seit acht Jahren im ehelichen Coitus interruptus lebt, der Student aber seit drei Jahren ein warmes Liebesverhältnis mit einem „anständigen“ Mädchen unterhält, das er nicht schwängern darf.

Diese Ausführungen laufen auf die Behauptung hinaus, daß die spezifische sexuelle Schädlichkeit des Coitus interruptus dort, wo sie nicht imstande ist, für sich allein die Angstneurose hervorzurufen, doch wenigstens zu ihrer Erwerbung disponiert. Die Angstneurose bricht dann aus, sobald zur latenten Wirkung des spezifischen Moments die Wirkung einer anderen, banalen Schädlichkeit hinzutritt. Letztere kann das spezifische Moment quantitativ vertreten, aber nicht qualitativ ersetzen. Das spezifische Moment bleibt stets dasjenige, welches die Form der Neurose bestimmt. Ich hoffe, diesen Satz für die Ätiologie der Neurosen auch in größerem Umfang erweisen zu können.

Ferner ist in den letzten Erörterungen die an sich nicht unwahrscheinliche Annahme enthalten, daß eine sexuelle Schädlichkeit wie der Coitus interruptus sich durch Summation zur Geltung bringt. Je nach der Disposition des Individuums und der sonstigen Belastung von dessen Nervensystem wird es kürzere oder längere Zeit brauchen, ehe der Effekt dieser Summation sichtbar wird. Die Individuen, welche den Coitus interruptus scheinbar ohne Nachteil ertragen, werden in Wirklichkeit durch denselben zu Störungen der Angstneurose disponiert, die irgend einmal spontan oder nach einem banalen, sonst unangemessenen Trauma losbrechen können, gerade wie der chronische Alkoholiker auf dem Wege der Summation endlich eine Zirrrose oder andere Erkrankung entwickelt oder unter dem Einfluß eines Fiebers in ein Delirium verfällt.

III

Ansätze zu einer Theorie der Angstneurose

Die nachstehenden Ausführungen beanspruchen nichts als den Wert eines ersten, tastenden Versuches, dessen Beurteilung die Aufnahme der im vorigen enthaltenen Tatsachen nicht beeinflussen sollte. Die Würdigung dieser „Theorie der Angstneurose“ wird ferner noch dadurch erschwert, daß sie bloß einem Bruchstücke aus einer umfassenderen Darstellung der Neurosen entspricht.

In dem bisher über die Angstneurose Vorgebrachten sind bereits einige Anhaltspunkte für einen Einblick in den Mechanismus dieser Neurose enthalten. Zunächst die Vermutung, es dürfte sich um eine Anhäufung von Erregung handeln, sodann die überaus wichtige Tatsache, daß die Angst, die den Erscheinungen der Neurose zugrunde liegt, keine psychische Ableitung zuläßt. Eine solche wäre z. B. vorhanden, wenn sich als Grundlage der Angstneurose ein einmaliger oder wiederholter, berechtigter Schreck fände, der seither die Quelle der Bereitschaft zur Angst abgäbe. Allein dies ist nicht der Fall; durch einen einmaligen Schreck kann zwar eine Hysterie oder eine traumatische Neurose erworben werden, nie aber eine Angstneurose. Ich habe, da sich unter den Ursachen der Angstneurose der Coitus interruptus so sehr in den Vordergrund drängt, anfangs gemeint, die Quelle der kontinuierlichen Angst könnte in der beim Akte jedesmal sich wiederholenden Furcht liegen, die Technik könnte mißglücken und demnach Konzeption erfolgen. Ich habe aber gefunden, daß dieser Gemütszustand der Frau oder des Mannes während des Coitus interruptus für die Entstehung der Angstneurose gleichgültig ist, daß die gegen die Folgen einer möglichen Konzeption im Grunde gleichgültigen Frauen der Neurose ebenso ausgesetzt sind wie die vor dieser Möglichkeit Schauernden, und daß es nur darauf ankam, welcher Teil bei dieser sexuellen Technik seine Befriedigung einbüßte.

Einen weiteren Anhaltspunkt bietet die noch nicht erwähnte Beobachtung, daß in ganzen Reihen von Fällen die Angstneurose mit der deutlichsten Verminderung der sexuellen Libido, der psychischen Lust, einhergeht, so daß die Kranken auf die Eröffnung, ihr Leiden rühre von „ungenügender Befriedigung“, regelmäßig antworten: Das sei unmöglich, gerade jetzt sei alles Bedürfnis bei ihnen erloschen. Aus all diesen Andeutungen, daß es sich um Anhäufung von Erregung handle, daß die Angst, welche solcher angehäuften Erregung wahrscheinlich entspricht, somatischer Herkunft sei, so daß also somatische Erregung angehäuften werde, ferner daß diese somatische Erregung sexueller Natur sei und daß eine Abnahme der psychischen Beteiligung an den Sexualvorgängen nebenher gehe — alle diese Andeutungen, sage ich, begünstigen die Erwartung, der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen.

Man kann sich diese Vorstellung vom Mechanismus der Angstneurose klarer machen, wenn man folgende Betrachtung über den Sexualvorgang akzeptiert, die sich zunächst auf den Mann bezieht. Im geschlechtsreifen männlichen Organismus wird — wahrscheinlich kontinuierlich — die somatische Sexualerregung produziert, die periodisch zu einem Reiz für das psychische Leben wird. Schalten wir, um unsere Vorstellungen darüber besser zu fixieren, ein, daß diese somatische Sexualerregung sich als Druck auf die mit Nervenendigungen versehene Wandung der Samenbläschen äußert, so wird diese viszerale Erregung zwar kontinuierlich anwachsen, aber erst von einer gewissen Höhe an imstande sein, den Widerstand der eingeschalteten Leitung bis zur Hirnrinde zu überwinden und sich als psychischer Reiz zu äußern. Dann aber wird die in der Psyche vorhandene sexuelle Vorstellungsgruppe mit Energie ausgestattet, und es entsteht der psy-

chische Zustand libidinöser Spannung, welcher den Drang nach Aufhebung dieser Spannung mit sich bringt. Eine solche psychische Entlastung ist nur auf dem Wege möglich, den ich als spezifische oder adäquate Aktion bezeichnen will. Diese adäquate Aktion besteht für den männlichen Sexualtrieb in einem komplizierten spinalen Reflexakt, der die Entlastung jener Nervenendigungen zur Folge hat, und in allen psychisch zu leistenden Vorbereitungen für die Auslösung dieses Reflexes. Etwas anderes als die adäquate Aktion würde nichts fruchten, denn die somatische Sexualerregung setzt sich, nachdem sie einmal den Schwellenwert erreicht hat, kontinuierlich in psychische Erregung um; es muß durchaus dasjenige geschehen, was die Nervenendigungen von dem auf ihnen lastenden Druck befreit, somit die ganze derzeit vorhandene somatische Erregung aufhebt und der subkortikalen Leitung gestattet, ihren Widerstand herzustellen.

Ich werde es mir versagen, kompliziertere Fälle des Sexualvorganges in ähnlicher Weise darzustellen. Ich will nur noch die Behauptung aufstellen, daß dieses Schema im wesentlichen auch auf die Frau zu übertragen ist, trotz aller das Problem verwirrenden, artefiziellen Verzögerung und Verkümmern des weiblichen Geschlechtstriebes. Es ist auch bei der Frau eine somatische Sexualerregung anzunehmen und ein Zustand, in dem diese Erregung psychischer Reiz wird, Libido, und den Drang nach der spezifischen Aktion hervorruft, an welche sich das Wollustgefühl knüpft. Nur ist man bei der Frau nicht imstande anzugeben, was etwa der Entspannung der Samenbläschen hier analog wäre.

In den Rahmen dieser Darstellung des Sexualvorganges läßt sich nun sowohl die Ätiologie der echten Neurasthenie als die der Angstneurose eintragen. Neurasthenie entsteht jedesmal, wenn die adäquate (Aktion) Entlastung durch eine minder adäquate ersetzt wird, der normale Koitus unter den günstigsten Bedingungen also durch eine Masturbation oder spontane Pollution; zur Angstneurose aber führen alle Momente, welche die

psychische Verarbeitung der somatischen Sexualerregung verhindern. Die Erscheinungen der Angstneurose kommen zustande, indem die von der Psyche abgelenkte somatische Sexualerregung sich subkortikal, in ganz und gar nicht adäquaten Reaktionen ausgibt.

Ich will es nun versuchen, die vorhin angegebenen ätiologischen Bedingungen der Angstneurose daraufhin zu prüfen, ob sie den von mir aufgestellten gemeinsamen Charakter erkennen lassen. Als erstes ätiologisches Moment habe ich für den Mann die absichtliche Abstinenz angeführt. Abstinenz besteht in der Versagung der spezifischen Aktion, die sonst auf die Libido erfolgt. Eine solche Versagung wird zwei Konsequenzen haben können, nämlich, daß die somatische Erregung sich anhäuft, und dann zunächst, daß sie auf andere Wege abgelenkt wird, auf denen ihr eher Entladung winkt als auf dem Wege über die Psyche. Es wird also die Libido endlich sinken und die Erregung subkortikal als Angst sich äußern. Wo die Libido nicht verringert wird, oder die somatische Erregung auf kurzem Wege in Pollutionen verausgabt wird oder infolge der Zurückdrängung wirklich versiegt, da entsteht eben alles andere als Angstneurose. Auf solche Weise führt die Abstinenz zur Angstneurose. Die Abstinenz ist aber auch das Wirksame an der zweiten ätiologischen Gruppe, der frustranen Erregung. Der dritte Fall, der des rücksichtsvollen Coitus reservatus, wirkt dadurch, daß er die psychische Bereitschaft für den Sexualablauf stört, indem er neben der Bewältigung des Sexualaffekts eine andere, ablenkende, psychische Aufgabe einführt. Auch durch diese psychische Ablenkung schwindet allmählich die Libido, der weitere Verlauf ist dann derselbe wie im Falle der Abstinenz. Die Angst im Senium (Klimakterium der Männer) erfordert eine andere Erklärung. Hier läßt die Libido nicht nach; es findet aber, wie während des Klimakteriums der Weiber, eine solche Steigerung in der Produktion der somatischen Erregung statt, daß die Psyche für die Bewältigung derselben sich als relativ insuffizient erweist.

Keine größeren Schwierigkeiten bereitet die Subsumierung der ätiologischen Bedingungen bei der Frau unter den angeführten Gesichtspunkt. Der Fall der virginalen Angst ist besonders klar. Hier sind eben die Vorstellungsgruppen noch nicht genug entwickelt, mit denen sich die somatische Sexualerregung verknüpfen soll. Bei der anästhetischen Neuvermählten tritt die Angst nur dann auf, wenn die ersten Kohabitationen ein genügendes Maß von somatischer Erregung wecken. Wo die lokalen Zeichen solcher Erregtheit (wie spontane Reizempfindung, Harndrang u. dgl.) fehlen, da bleibt auch die Angst aus. Der Fall der Ejaculatio praecox, des Coitus interruptus, erklärt sich ähnlich wie beim Manne dadurch, daß für den psychisch unbefriedigenden Akt allmählich die Libido schwindet, während die dabei wachgerufene Erregung subkortikal ausgegeben wird. Die Herstellung einer Entfremdung zwischen dem Somatischen und dem Psychischen im Ablauf der Sexualerregung erfolgt beim Weibe rascher und ist schwerer zu beseitigen als beim Manne. Der Fall der Witwenschaft und der gewollten Abstinenz sowie der Fall des Klimakteriums erledigt sich beim Weibe wohl ebenso wie beim Manne, doch kommt für den Fall der Abstinenz gewiß noch die absichtliche Verdrängung des sexuellen Vorstellungskreises hinzu, zu welcher die mit der Versuchung kämpfende abstinente Frau sich häufig entschließen muß, und ähnlich mag in der Zeit der Menopause der Abscheu wirken, den die alternde Frau gegen die übergroß gewordene Libido empfindet.

Auch die beiden zuletzt angeführten ätiologischen Bedingungen scheinen sich ohne Schwierigkeit einzuordnen.

Die Angstneigung der neurasthenisch gewordenen Masturbanten erklärt sich daraus, daß diese Personen so leicht in den Zustand der „Abstinenz“ geraten, nachdem sie sich so lange gewöhnt hatten, jeder kleinen Quantität somatischer Erregung eine allerdings fehlerhafte Abfuhr zu schaffen. Endlich läßt der letzte Fall, die Entstehung der Angstneurose durch schwere Krankheit, Über-

arbeitung, erschöpfende Krankenpflege u. dgl., in Anlehnung an die Wirkungsweise des Coitus interruptus die zwanglose Deutung zu, die Psyche werde hier durch Ablenkung insuffizient zur Bewältigung der somatischen Sexualerregung, einer Aufgabe, die ihr ja kontinuierlich obliegt. Man weiß, wie tief unter solchen Bedingungen die Libido sinken kann, und man hat hier ein schönes Beispiel einer Neurose, die zwar keine sexuelle Ätiologie, aber doch einen sexuellen Mechanismus erkennen läßt.

Die hier entwickelte Auffassung stellt die Symptome der Angstneurose gewissermaßen als Surrogate der unterlassenen spezifischen Aktion auf die Sexualerregung dar. Ich erinnere zur weiteren Unterstützung derselben daran, daß auch beim normalen Koitus die Erregung sich nebstbei als Atembeschleunigung, Herzklopfen, Schweißausbruch, Kongestion u. dgl. ausgibt. Im entsprechenden Angstanfalle unserer Neurose hat man die Dyspnoë, das Herzklopfen u. dgl. des Koitus isoliert und gesteigert vor sich.

Es könnte noch gefragt werden: Warum gerät denn das Nervensystem unter solchen Umständen, bei psychischer Unzulänglichkeit zur Bewältigung der Sexualerregung, in den eigentümlichen Affektzustand der Angst? Darauf ist andeutungsweise zu erwidern: Die Psyche gerät in den Affekt der Angst, wenn sie sich unfähig fühlt, eine von außen nahende Aufgabe (Gefahr) durch entsprechende Reaktion zu erledigen; sie gerät in die Neurose der Angst, wenn sie sich unfähig merkt, die endogen entstandene (Sexual-) Erregung auszugleichen. Sie benimmt sich also, als projizierte sie diese Erregung nach außen. Der Affekt und die ihm entsprechende Neurose stehen in fester Beziehung zueinander, der erstere ist die Reaktion auf eine exogene, die letztere die Reaktion auf die analoge endogene Erregung. Der Affekt ist ein rasch vorübergehender Zustand, die Neurose ein chronischer, weil die exogene Erregung wie ein einmaliger Stoß, die endogene wie eine konstante

Kraft wirkt. Das Nervensystem reagiert in der Neurose gegen eine innere Erregungsquelle wie in dem entsprechenden Affekt gegen eine analoge äußere.

IV

Beziehung zu anderen Neurosen

Es erübrigen noch einige Bemerkungen über die Beziehungen der Angstneurose zu den anderen Neurosen nach Vorkommen und innerer Verwandtschaft.

Die reinsten Fälle von Angstneurose sind auch meist die ausgeprägtesten. Sie finden sich bei potenten jugendlichen Individuen, bei einheitlicher Ätiologie und nicht zu langem Bestande des Krankseins.

Häufiger ist allerdings das gleichzeitige und gemeinsame Vorkommen von Angstsymptomen mit solchen der Neurasthenie, Hysterie, der Zwangsvorstellungen, der Melancholie. Wollte man sich durch solche klinische Vermengung abhalten lassen, die Angstneurose als eine selbständige Einheit anzuerkennen, so müßte man konsequenterweise auch auf die mühsam erworbene Trennung von Hysterie und Neurasthenie wieder verzichten.

Für die Analyse der „gemischten Neurosen“ kann ich den wichtigen Satz vertreten: Wo sich eine gemischte Neurose vorfindet, da läßt sich eine Vermengung mehrerer spezifischer Ätiologien nachweisen.

Eine solche Vielheit ätiologischer Momente, die eine gemischte Neurose bedingt, kann bloß zufällig zustande kommen, etwa indem eine neu hinzutretende Schädlichkeit ihre Wirkungen zu denen einer früher vorhandenen addiert; z. B. eine Frau, die von jeher Hysterica war, tritt zu einer gewissen Zeit ihrer Ehe in den Coitus reservatus ein und erwirbt jetzt zu ihrer Hysterie eine Angstneurose; ein Mann, der bisher masturbiert hatte und

neurasthenisch wurde, wird Bräutigam, erregt sich bei seiner Braut, und jetzt gesellt sich zur Neurasthenie eine frische Angstneurose hinzu.

In anderen Fällen ist die Mehrheit ätiologischer Momente keine zufällige, sondern das eine derselben hat das andere mit zur Wirkung gebracht; z. B. eine Frau, mit welcher ihr Mann Coitus reservatus ohne Rücksicht auf ihre Befriedigung übt, sieht sich genötigt, die peinliche Erregung nach einem solchen Akt durch Masturbation zu beenden; sie zeigt infolgedessen nicht reine Angstneurose, sondern daneben Symptome von Neurasthenie; eine zweite Frau wird unter derselben Schädlichkeit mit lüsternen Bildern zu kämpfen haben, deren sie sich erwehren will, und wird auf solche Weise durch den Coitus interruptus nebst der Angstneurose Zwangsvorstellungen erwerben; eine dritte Frau endlich wird infolge des Coitus interruptus die Neigung zu ihrem Manne einbüßen, eine andere Neigung erwerben, welche sie sorgfältig geheim hält, und wird infolgedessen ein Gemenge von Angstneurose und Hysterie zeigen.

In einer dritten Kategorie von gemischten Neurosen ist der Zusammenhang der Symptome ein noch innigerer, indem die nämliche ätiologische Bedingung gesetzmäßig und gleichzeitig beide Neurosen hervorruft. So z. B. erzeugt die plötzliche sexuelle Aufklärung, die wir bei der virginalen Angst gefunden haben, immer auch Hysterie; die allermeisten Fälle von absichtlicher Abstinenz verknüpfen sich von Anfang an mit echten Zwangsvorstellungen; der Coitus interruptus der Männer scheint mir niemals reine Angstneurose provozieren zu können, sondern stets eine Vermengung derselben mit Neurasthenie u. dgl.

Es geht aus diesen Erörterungen hervor, daß man die ätiologischen Bedingungen des Vorkommens noch unterscheiden muß von den spezifischen ätiologischen Momenten der Neurosen. Erstere, z. B. der Coitus interruptus, die Masturbation, die Abstinenz, sind noch vieldeutig und können ein jedes verschiedene Neurosen

produzieren; erst die aus ihnen abstrahierten ätiologischen Momente, wie inadäquate Entlastung, psychische Unzulänglichkeit, Abwehr mit Substitution, haben eine unzweideutige und spezifische Beziehung zur Ätiologie der einzelnen großen Neurosen.

Ihrem inneren Wesen nach zeigt die Angstneurose die interessantesten Übereinstimmungen und Verschiedenheiten gegen die anderen großen Neurosen, besonders gegen Neurasthenie und Hysterie. Mit der Neurasthenie teilt sie den einen Hauptcharakter, daß die Erregungsquelle, der Anlaß zur Störung, auf somatischem Gebiete liegt, anstatt wie bei Hysterie und Zwangsneurose auf psychischem. Im übrigen läßt sich eher eine Art von Gegensätzlichkeit zwischen den Symptomen der Neurasthenie und denen der Angstneurose erkennen, die etwa in den Schlagworten: Anhäufung — Verarmung an Erregung, ihren Ausdruck fände. Diese Gegensätzlichkeit hindert nicht, daß sich die beiden Neurosen miteinander vermengen, zeigt sich aber doch darin, daß die extremsten Formen in beiden Fällen auch die reinsten sind.

Mit der Hysterie zeigt die Angstneurose zunächst eine Reihe von Übereinstimmungen in der Symptomatologie, deren genauere Würdigung noch aussteht. Das Auftreten der Erscheinungen als Dauersymptome oder in Anfällen, die auraartig gruppierten Parästhesien, die Hyperästhesien und Druckpunkte, die sich bei gewissen Surrogaten des Angstanfalles, bei der Dyspnoë und dem Herzanfälle finden, die Steigerung der etwa organisch berechtigten Schmerzen (durch Konversion): — diese und andere gemeinschaftliche Züge lassen sogar vermuten, daß manches, was man der Hysterie zurechnet, mit mehr Fug und Recht zur Angstneurose geschlagen werden dürfte. Geht man auf den Mechanismus der beiden Neurosen ein, soweit er sich bis jetzt hat durchschauen lassen, so ergeben sich Gesichtspunkte, welche die Angstneurose geradezu als das somatische Seitenstück zur Hysterie erscheinen lassen. Hier wie dort Anhäufung von Erregung — worin vielleicht die vorhin geschilderte Ähnlichkeit der Symptome begründet

ist; — hier wie dort eine psychische Unzulänglichkeit, der zufolge abnorme somatische Vorgänge zustandekommen. Hier wie dort tritt an Stelle einer psychischen Verarbeitung eine Ablenkung der Erregung in das Somatische ein; der Unterschied liegt bloß darin, daß die Erregung, in deren Verschiebung sich die Neurose äußert, bei der Angstneurose eine rein somatische (die somatische Sexualerregung), bei der Hysterie eine psychische (durch Konflikt hervorgerufene) ist. Es kann daher nicht wundernehmen, daß Hysterie und Angstneurose sich gesetzmäßig miteinander kombinieren wie bei der „virginalen Angst“ oder der „sexuellen Hysterie“, daß die Hysterie eine Anzahl von Symptomen einfach der Angstneurose entlehnt u. dgl. Diese innigen Beziehungen der Angstneurose zur Hysterie geben auch ein neues Argument ab, um die Trennung der Angstneurose von der Neurasthenie zu fordern; denn verweigert man diese, so kann man auch die so mühsam erworbene und für die Theorie der Neurosen so unentbehrliche Unterscheidung von Neurasthenie und Hysterie nicht mehr aufrecht erhalten.

Wien, im Dezember 1894

OBSESSIONS ET PHOBIES

OBSESSIONS ET PHOBIES

Leur mécanisme psychique et leur étiologie

Je commencerai par contester deux assertions, qui se trouvent souvent répétées sur le compte des syndromes: „obsessions et phobies“. Il faut dire: 1° qu'ils ne se rattachent pas à la neurasthénie propre, puisque les malades atteints de ces symptômes sont aussi souvent des neurasthéniques que non; 2° qu'il n'est pas justifié de les faire dépendre de la dégénération mentale, parce qu'ils se trouvent chez des personnes pas plus dégénérées que la plupart des névrosiques en général, parce qu'ils s'amendent quelquefois et qu'on parvient même quelquefois à les guérir.¹

Les obsessions et les phobies sont des névroses à part, d'un mécanisme spécial et d'une étiologie que j'ai réussi à mettre en lumière dans un certain nombre de cas, et qui, je l'espère, se montreront de même dans bon nombre de cas nouveaux.

Quant à la division du sujet je propose d'abord d'écarter une classe d'obsessions intenses, qui ne sont autre chose que des sou-

1) Je suis très content de trouver que les auteurs les plus récents sur notre sujet expriment des opinions voisines de la mienne. Voir: *Gélineau*, Des peurs maladives ou phobies, 1894, et *Hack Tuke*, On imperative ideas, *Brain*, 1894.

venirs, des images non altérées d'événements importants. Je citerai, par exemple, l'obsession de *Pascal* qui croyait toujours voir un abîme à son côté gauche, „depuis qu'il avait manqué d'être précipité dans la Seine avec son carrosse“. Ces obsessions et phobies, qu'on pourrait nommer *traumatiques*, se rattachent aux symptômes de l'hystérie.

Ce groupe mis à part il faut distinguer: *A)* les obsessions vraies; *B)* les phobies. La différence essentielle est la suivante.

Il y a dans toute obsession deux choses: 1° une idée qui s'impose au malade; 2° un état émotif associé. Or, dans la classe des phobies, cet état émotif est toujours *l'angoisse*, pendant que dans les obsessions vraies ce peut être au même titre que l'anxiété un autre état émotif, comme le doute, le remords, la colère. Je tâcherai d'abord d'expliquer le mécanisme psychologique vraiment remarquable des obsessions vraies, qui est bien différent de celui des phobies.

I

Dans beaucoup d'obsessions vraies, il est bien évident que l'état émotif est la chose principale, puisque cet état persiste inaltéré pendant que l'idée associée est variée. Par exemple, la fille de l'observation II avait des remords, un peu en raison de tout, d'avoir volé, maltraité ses soeurs, fait de la fausse monnaie, etc. Les personnes qui doutent, doutent de beaucoup de choses à la fois ou successivement. C'est l'état émotif qui, dans ces cas, reste le même: l'idée change. En d'autres cas l'idée aussi semble fixée, comme chez la fille de l'observation IV, qui poursuivait d'une haine incompréhensible les servantes de la maison en changeant pourtant de personne.

Eh bien, une analyse psychologique scrupuleuse de ces cas montre que *l'état émotif, comme tel, est toujours justifié*. La fille I, qui a des remords, a de bonnes raisons; les femmes de l'observation III, qui doutaient de leur résistance contre des tentations,

savaient bien pourquoi; la fille de l'observation IV, qui détestait les servantes, avait bien le droit de se plaindre, etc. Seulement, et c'est dans ces deux caractères que consiste l'empreinte pathologique: 1) *l'état émotif s'est éternisé*, 2) *l'idée associée n'est plus l'idée juste, l'idée originale, en rapport avec l'étiologie de l'obsession, elle en est un remplaçant, une substitution.*

La preuve en est qu'on peut toujours trouver dans les antécédents du malade, à *l'origine de l'obsession*, l'idée originale, substituée. Les idées substituées ont des caractères communs, elles correspondent à des impressions vraiment pénibles de la vie sexuelle de l'individu que celui-ci s'est efforcé d'oublier. Il a réussi seulement à remplacer l'idée *inconciliable* par une autre idée mal appropriée à s'associer à l'état émotif, qui de son côté est resté le même. C'est cette mésalliance de l'état émotif et de l'idée associée qui rend compte du caractère d'absurdité propre aux obsessions. Je veux rapporter mes observations, et donner une tentative d'explication théorique comme conclusion.

Obs. I. — Une fille qui se faisait des *reproches*, qu'elle savait absurdes, d'avoir volé, fait de la fausse monnaie, de s'être conjurée, etc., selon sa lecture journalière.

Redressement de la substitution. — Elle se reprochait l'onanisme qu'elle pratiquait en secret sans pouvoir y renoncer.

Elle fut guérie par une observation scrupuleuse qui l'empêcha de se masturber.

Obs. II. — Jeune homme, étudiant en médecine, qui souffrait d'une obsession analogue. Il se reprochait toutes les actions immorales: d'avoir tué sa cousine, défloré sa soeur, incendié une maison, etc. Il en vint à la nécessité de se retourner dans la rue pour voir s'il n'avait pas encore tué le dernier passant.

Redressement de la substitution. — Il avait lu, dans un livre quasi-médical, que l'onanisme, auquel il était sujet, abîmait la morale, et il s'en était ému.

Obs. III. — Plusieurs femmes qui se plaignaient de l'obsession de se jeter par la fenêtre, de blesser leurs enfants avec des couteaux, ciseaux, etc.

Redressement. — Obsessions de *tentations typiques*. C'étaient des femmes qui, pas du tout satisfaites dans le mariage, se débattaient contre les désirs et les idées voluptueuses qui les hantaient à la vue d'autres hommes.

Obs. IV. — Une fille qui, parfaitement saine d'esprit et très intelligente montrait une *haine incontrôlable contre les servantes de la maison*, qui s'était éveillée à l'occasion d'une servante effrontée, et s'était transmise depuis de fille en fille, jusqu'à rendre le ménage impossible. C'était un sentiment mêlé de haine et de dégoût. Elle donnait comme motif que les saletés de ces filles lui gênaient son idée de l'amour.

Redressement. — Cette fille avait été témoin involontaire d'un rendez-vous amoureux de sa mère. Elle s'était caché le visage, bouché les oreilles et s'était donné la plus grande peine pour oublier la scène, qui la dégoûtait et l'aurait mise dans l'impossibilité de rester avec sa mère qu'elle aimait tendrement. Elle y réussit, mais la colère, de ce qu'on lui avait souillé l'image de l'amour, persista en elle, et à cet état émotif ne tarda pas à s'associer l'idée d'une personne pouvant remplacer la mère.

Obs. V. — Une jeune fille s'était presque complètement isolée en conséquence de la peur obsédante de l'incontinence des urines. Elle ne pouvait plus quitter sa chambre ou recevoir une visite sans avoir uriné nombre de fois.

Chez elle et en repos complet la peur n'existait pas.

Redressement. — C'était une obsession de *tentation* ou de *méfiance*. Elle ne se méfiait pas de sa vessie mais de sa résistance contre une impulsion amoureuse. L'origine de l'obsession le montrait bien. Une fois, au théâtre, elle avait senti à la vue d'un homme qui lui plaisait une envie amoureuse accompagnée (comme toujours dans la pollution spontanée des femmes) de l'envie d'uriner. Elle fut obligé à quitter le théâtre, et de ce moment elle était en proie à la peur d'avoir la même sensation, mais l'envie d'uriner s'était substituée à l'envie amoureuse. Elle guérit complètement.

Les observations énumérées, bien qu'elles montrent un degré variable de complexité, ont ceci de commun, qu'à l'idée originale (inconciliable) s'est substitué une autre idée, idée remplaçante. Dans les observations qui vont suivre maintenant, l'idée originale est aussi remplacée mais non par une autre idée; elle se trouve remplacée par des actes ou impulsions qui ont servi à

l'origine comme *soulagements* ou *procédés protecteurs*, et qui maintenant se trouvent en association grotesque avec un état émotif qui ne leur convient pas, mais qui est resté le même, et aussi justifié qu'à l'origine.

O b s. VI. — *Obsession d'arithmomanie*. — Une femme avait contracté le besoin de compter toujours les planches du parquet, les marches de l'escalier, etc., ce qu'elle faisait dans un état d'angoisse ridicule.

Redressement. — Elle avait commencé à compter pour se distraire de ses idées obsédantes (de tentation). Elle y avait réussi, mais l'impulsion de compter s'était substituée à l'obsession primitive.

O b s. VII. — *Obsession de „Grübelnsucht“* (folie de spéculation). Une femme souffrait d'attaques de cette obsession, qui ne cessaient qu'aux temps de maladie, pour faire place à des peurs hypochondriaques. Le sujet de l'attaque était ou une partie du corps ou une fonction, par exemple, la respiration: Pourquoi faut-il respirer? Si je ne voulais pas respirer? etc.

Redressement. — Tout d'abord elle avait souffert de la peur de devenir folle, phobie hypochondriaque assez commune chez les femmes non satisfaites par leur mari, comme elle l'était. Pour *s'assurer qu'elle n'allait pas devenir folle*, qu'elle jouissait encore de son intelligence, elle avait commencé à se poser des questions, à s'occuper de problèmes sérieux. Cela la tranquillisait d'abord, mais avec le temps cette habitude de la spéculation se substituait à la phobie. Depuis plus de quinze ans des périodes de peur (pathophobie) et de folie de spéculation alternaient chez elle.

O b s. VIII. — *Folie du doute*. — Plusieurs cas, qui montraient les symptômes typiques de cette obsession, mais qui s'expliquaient bien simplement. Ces personnes avaient souffert ou souffraient encore d'obsessions diverses, et la conscience de ce que l'obsession les avait dérangées dans toutes leurs actions et interrompu maintes fois le cours de leurs pensées provoquait un doute légitime de la fidélité de leur mémoire. Chacun de nous verra chanceler son assurance et sera obligé de relire une lettre ou de refaire un compte si son attention a été distraite plusieurs fois pendant l'exécution de l'acte. Le doute est une conséquence bien logique de la présence des obsessions.

O b s. IX. — *Folie du doute (hésitation)*. — La fille de l'obs. IV était devenue extrêmement lente dans toutes les actions de la vie ordinaire, particulièrement dans sa toilette. Il lui fallait des heures pour nouer les cordons de ses souliers ou pour se nettoyer les ongles des mains. Elle donnait

comme explication qu'elle ne pouvait faire sa toilette ni pendant que les pensées obsédantes la préoccupaient, ni immédiatement après de sorte qu'elle s'était accoutumée à attendre un temps déterminé après chaque retour de l'idée obsédante.

Obs. X. — *Folie du doute, crainte des papiers.* — Une jeune femme, qui avait souffert des scrupules après avoir écrit une lettre, et qui dans ce même temps ramassait tous les papiers qu'elle voyait, donnait comme explication l'aveu d'un amour que jadis elle ne voulait pas confesser.

A force de se répéter sans cesse le nom de son bien-aimé, elle fut saisie par la peur que ce nom se serait glissé sous sa plume, qu'elle l'aurait tracé sur quelque bout de papier dans une minute pensive.¹

Obs. XI. — *Mysophobie.* — Une femme qui se lavait les mains cent fois par jour et ne touchait les loquets des portes que du coude.

Redressement. — C'était le cas de Lady Macbeth. Les lavages étaient symboliques et destinés à substituer la pureté physique à la pureté morale qu'elle regrettait avoir perdue. Elle se tourmentait de remords pour une infidélité conjugale dont elle avait décidé de chasser le souvenir. Elle se lavait aussi les parties génitales.

Quant à la théorie de cette substitution, je me contenterai de répondre à trois questions qui se posent ici:

1° *Comment cette substitution peut-elle se faire?*

Il semble qu'elle est l'expression d'une disposition psychique spéciale. Au moins rencontre-t-on dans les obsessions assez souvent l'hérédité similaire, comme dans l'hystérie. Ainsi le malade de l'obs. Il me racontait que son père avait souffert de symptômes semblables. Il me fit connaître un jour un cousin germain avec obsessions et tic convulsif, et la fille de sa soeur âgée de 11 ans, qui montrait déjà des obsessions (probablement de remords).

2° *Quel est le motif de cette substitution?*

Je crois qu'on peut l'envisager comme un *acte de défense (Abwehr) du moi contre l'idée inconciliable.* Parmi mes malades il y en a qui se rappellent l'effort de la volonté pour chasser l'idée ou le

1) Voir aussi la *chanson populaire allemande*:

Auf jedes weiße Blatt Papier möcht ich es schreiben:
Dein ist mein Herz und soll es ewig, ewig bleiben.

souvenir pénible du rayon de la conscience (V. les obs. III, IV, XI). En d'autres cas cette expulsion de l'idée inconciliable s'est produite d'une manière inconsciente qui n'a pas laissé trace dans la mémoire des malades.

3° *Pourquoi l'état émotif associé à l'idée obsédante s'est-il perpétué, au lieu de s'évanouir comme les autres états de notre moi?*

On peut donner cette réponse en s'adressant à la théorie développée pour la genèse des symptômes hystériques par M. Breuer et moi.¹ Ici je veux seulement remarquer que, par le fait même de la substitution, la disparition de l'état émotif devient impossible.

II

A ces deux groupes d'obsessions vraies s'ajoute la classe des „phobies“, qu'il faut considérer maintenant. J'ai déjà mentionné la grande différence des obsessions et des phobies; que dans les dernières l'état émotif est toujours l'anxiété, la peur. Je pourrais ajouter que les obsessions sont multiples et plus spécialisées, les phobies plutôt monotones et typiques.

Mais ce n'est pas une différence capitale.

On peut discerner aussi parmi les phobies deux groupes, caractérisés par l'objet de la peur: 1° phobies communes: peur exagérée des choses que tout le monde abhorre ou craint un peu: la nuit, la solitude, la mort, les maladies, les dangers en général, les serpents, etc.: 2° phobies d'occasion, peur de conditions spéciales, qui n'inspirent pas de crainte à l'homme sain, par exemple l'agoraphobie et les autres phobies de la locomotion. Il est intéressant de noter que ces dernières phobies ne sont pas obsédantes comme les obsessions vraies et les phobies communes. L'état émotif ici ne paraît que dans ces conditions spéciales que le malade évite soigneusement.

1) *Neurologisches Zentralblatt*, 1893, Nos. 1 und 2.

Le mécanisme des phobies est tout à fait différent de celui des obsessions. Ce n'est plus le règne de la substitution. Ici on ne dévoile plus par l'analyse psychique une idée inconciliable, substituée. On ne trouve jamais autre chose que *l'état émotif, anxieux*, qui par une sorte d'élection a fait ressortir toutes les idées propres à devenir l'objet d'une phobie. Dans le cas de l'agoraphobie, etc., on recontre souvent le *souvenir d'une attaque d'angoisse*, et en vérité ce que redoute le malade c'est l'événement d'une telle attaque dans les conditions spéciales où il croit ne pouvoir y échapper.

L'angoisse de cet état émotif, qui est au fond des phobies, n'est pas dérivé d'un souvenir quelconque; on doit bien se demander quelle peut être la source de cette condition puissante du système nerveux.

Eh bien j'espère pouvoir démontrer une autre fois qu'il y a lieu de constituer une névrose spéciale, *la névrose anxieuse*, de laquelle cet état émotif est le symptôme principal; je donnerai l'énumération de ses symptômes variés, et j'insisterai en ce qu'il faut différencier cette névrose de la neurasthénie, avec laquelle elle est maintenant confondue. Ainsi *les phobies font partie de la névrose anxieuse*, et elles sont presque toujours accompagnées d'autres symptômes de la même série.

La névrose anxieuse est d'origine sexuelle, elle aussi, autant que je puis voir, mais elle ne se rattache pas à des idées tirées de la vie sexuelle: elle n'a pas de mécanisme psychique, à vrai dire. Son étiologie spécifique est l'accumulation de la tension génésique, provoquée par l'abstinence ou l'irritation génésique fruste (pour donner une formule générale pour l'effet du coït interrompu, de l'impuissance relative du mari, des excitations sans satisfaction des fiancés, de l'abstinence forcée, etc.).

C'est dans de telles conditions extrêmement fréquentes, principalement pour la femme dans la société actuelle, que se développe la névrose anxieuse, de laquelle les phobies sont une manifestation psychique.

Je ferai remarquer, comme conclusion, qu'il peut y avoir combinaison de phobie et d'obsession propre, et même que c'est un événement très fréquent. On peut trouver qu'il y avait au commencement de la maladie une phobie développée comme symptôme de la névrose anxieuse. L'idée qui constitue la phobie qui s'y trouve associée à la peur peut être remplacée par une autre idée ou plutôt par le *procédé protecteur* qui semblait soulager la peur. L'obs. VI (folie de la spéculation) présente un bel exemple de cette catégorie, *phobie doublée d'une obsession vraie par substitution*.

ZUR KRITIK DER
»» ANGSTNEUROSE ««

ZUR KRITIK DER »ANGSTNEUROSE«

In Nummer 2 des „Neurologischen Zentralblattes“ von Mendel, 1895, habe ich einen kleinen Aufsatz veröffentlicht, in welchem ich den Versuch wage, eine Reihe von nervösen Zuständen von der Neurasthenie abzutrennen und unter dem Namen „Angstneurose“ selbständig zu machen.¹ Ich ließ mich hiezu bewegen durch ein konstantes Zusammentreffen klinischer und ätiologischer Charaktere, das ja überhaupt für eine Sonderung maßgebend sein darf. Ich fand nämlich, worin mir E. Hecker² zuvorgekommen war, daß die in Rede stehenden neurotischen Symptome sich sämtlich zusammenfassen ließen als zum Ausdruck der Angst gehörig, und ich konnte aus meinen Bemühungen um die Ätiologie der Neurosen hinzufügen, daß diese Teilstücke des Komplexes „Angstneurose“ besondere ätiologische Bedingungen erkennen lassen, die der Ätiologie der Neurasthenie nahezu gegensätzlich sind. Meine Erfahrungen hatten mich gelehrt, daß in der Ätiologie der Neurosen (wenigstens der erworbenen Fälle und ererbaren Formen) sexuelle Momente eine hervorragende und viel zu wenig

1) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen: (S. 515 ff. dieses Bandes.)

2) E. Hecker. Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. Zentralblatt für Nervenheilkunde. Dez. 1893.

gewürdigte Rolle spielen, so daß etwa die Behauptung, „die Ätiologie der Neurosen liege in der Sexualität“, bei all ihrer notwendigen Unrichtigkeit *per excessum et defectum* doch der Wahrheit näher kommt als die anderen, gegenwärtig herrschenden Lehren. Ein weiterer Satz, zu dem mich die Erfahrung drängte, ging dahin, daß die verschiedenen sexuellen Noxen nicht etwa unterschiedslos in der Ätiologie aller Neurosen zu finden seien, sondern daß unverkennbar besondere Beziehungen einzelner Noxen zu einzelnen Neurosen beständen. Ich durfte so annehmen, daß ich die *spezifischen* Ursachen der einzelnen Neurosen aufgedeckt hatte. Ich suchte dann die Besonderheit der sexuellen Noxen, welche die Ätiologie der Angstneurose ausmachen, in eine kurze Formel zu fassen, und gelangte (in Anlehnung an meine Auffassung des Sexualvorganges, l. c. p. 61) zu dem Satze: Angstneurose schaffe alles, was die somatische Sexualspannung vom Psychischen abhalte, an ihrer psychischen Verarbeitung störe. Wenn man auf die konkreten Verhältnisse zurückgeht, in denen sich dieses Moment zur Geltung bringt, so ergibt sich die Behauptung, daß freiwillige oder unfreiwillige Abstinenz, sexueller Verkehr mit unvollständiger Befriedigung, Coitus interruptus, Ablenkung des psychischen Interesses von der Sexualität u. dgl. m., die spezifischen ätiologischen Faktoren der von mir Angstneurose genannten Zustände seien.

Als ich meine hier erwähnte Mitteilung zur Veröffentlichung brachte, täuschte ich mich keineswegs über deren Macht, Überzeugung zu erwecken. Zunächst konnte ich mir ja sagen, daß ich nur eine knappe, unvollständige, stellenweise sogar schwer verständliche Darstellung gegeben hatte, vielleicht gerade genügend, um die Erwartung der Leser vorzubereiten. Sonst hatte ich kaum Beispiele angeführt und keine Zahlen genannt, die Technik der Erhebung der Anamnese nicht gestreift, zur Verhütung von Mißverständnissen nichts vorgesorgt, andere als die naheliegendsten Einwände nicht berücksichtigt und von der Lehre selbst eben

nur den Hauptsatz und nicht die Einschränkungen hervorgehoben. Demnach konnte auch wirklich ein jeder sich seine eigene Meinung von der Verbindlichkeit der ganzen Aufstellung bilden. Ich konnte aber noch auf eine andere Erschwerung der Zustimmung rechnen. Ich weiß sehr wohl, daß ich mit der „sexuellen Ätiologie“ der Neurosen nichts Neues vorgebracht habe, daß die Unterströmungen in der medizinischen Literatur, welche diesen Tatsachen Rechnung getragen, nie ausgegangen sind, und daß die offizielle Medizin der Schulen sie eigentlich auch gekannt hat. Allein die letztere hat so getan, als wüßte sie nichts davon; sie hat von ihrer Kenntnis keinen Gebrauch gemacht, keine Folgerung aus ihr gezogen. Solches Verhalten muß wohl eine tiefgehende Begründung haben, etwa in einer Art von Scheu, sexuelle Verhältnisse ins Auge zu fassen, oder in einer Reaktion gegen ältere, als überwunden betrachtete Erklärungsversuche. Jedenfalls mußte man vorbereitet sein, auf Widerstand zu stoßen, wenn man den Versuch wagte, anderen etwas glaubwürdig zu machen, was diese ohne jede Mühe auch selbst hätten entdecken können.

Es wäre bei solcher Sachlage vielleicht zweckmäßiger, auf kritische Einwendungen nicht eher zu antworten, als bis ich mich über das komplizierte Thema selbst ausführlicher geäußert und besser verständlich gemacht hätte. Dennoch kann ich den Motiven nicht widerstehen, die mich veranlassen, einer Kritik meiner Lehre von der Angstneurose aus den letzten Tagen auch unverzüglich zu begegnen. Ich tue dies wegen der Person des Autors, L. Löwenfeld in München, des Verfassers der „Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie“, dessen Urteil beim ärztlichen Publikum schwer ins Gewicht fallen dürfte, wegen einer mißverständlichen Auffassung, mit welcher mich die Darstellung Löwenfelds belastet, und weil ich von Anfang an den Eindruck bekämpfen möchte, als sei meine Lehre gar so mühelos durch die nächstbesten, im Vorbeigehen angebrachten Einwendungen zu widerlegen.

Löwenfeld¹ findet mit sicherem Blick als das Wesentliche meiner Arbeit heraus, daß ich für die Angstsymptome eine spezifische und einheitliche Ätiologie sexueller Natur behauptete. Ist dies nicht als Tatsache festzustellen, so entfällt auch der Hauptgrund für die Abtrennung einer selbständigen Angstneurose von der Neurasthenie. Es erübrigt dann allerdings eine Schwierigkeit, auf die ich aufmerksam gemacht habe, daß nämlich die Angstsymptome so unverkennbare Beziehungen auch zur Hysterie haben, so daß durch die Entscheidung im Sinne Löwenfelds die Sonderung von Hysterie und Neurasthenie zu Schaden kommt; allein dieser Schwierigkeit wird durch die später zu würdigende Berufung auf die Heredität als gemeinsame Ursache all dieser Neurosen begegnet.

Durch welche Argumente stützt nun Löwenfeld den Einspruch gegen meine Lehre?

1) Ich habe als wesentlich für das Verständnis der Angstneurose hervorgehoben, daß die Angst derselben eine psychische Ableitung nicht zuläßt, das heißt, daß man die Angstbereitschaft, die den Kern der Neurose bildet, nicht durch einen einmaligen oder wiederholten, psychisch berechtigten Schreckaffekt erwerben kann. Durch Schreck entstände wohl eine Hysterie oder traumatische Neurose, aber keine Angstneurose. Es ist diese Leugnung, wie man leicht einsieht, nichts anderes als das Gegenstück zu meiner Behauptung positiven Inhalts, die Angst meiner Neurose entspreche somatischer und vom Psychischen abgelenkter Sexualspannung, die sich sonst als Libido geltend gemacht hätte.

Dagegen betont nun Löwenfeld, daß in einer Anzahl von Fällen „Angstzustände unmittelbar oder einige Zeit nach einem psychischen Schock (bloßem Schreck oder Unfällen, die mit Schrecken verbunden waren) auftreten, und daß zum Teil hiebei Ver-

1) L. Löwenfeld: Über die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen über die Freudsche Angstneurose. Münchener med. Wochenschr. Nr. 13, 1895.

hältnisse bestehen, welche die Mitwirkung sexueller Schädlichkeiten der angegebenen Art höchst unwahrscheinlich machen“. Er teilt als besonders prägnantes Beispiel eine Krankenbeobachtung (anstatt vieler) in Kürze mit. In diesem Beispiel handelt es sich um eine dreißigjährige, seit vier Jahren verheiratete Frau, erblich belastet, die vor einem Jahre eine erste schwierige Entbindung hatte. Wenige Wochen nach ihrer Niederkunft erschrak sie über einen Krankheitsanfall ihres Mannes, lief in ihrer Aufregung im Hemd im kalten Zimmer herum. Von da an krank, zuerst mit abendlichen Angstzuständen und Herzklopfen, später kamen Anfälle von konvulsivischem Zittern und in weiterer Folge Phobien u. dgl.: das Bild einer voll entwickelten Angstneurose. „Hier sind die Angstzustände“, schließt Löwenfeld, „offenbar psychisch abgeleitet, durch den einmaligen Schrecken herbeigeführt.“

Ich bezweifle nicht, daß der geehrte Autor über viele ähnliche Fälle verfügt; kann ich doch selbst mit einer großen Reihe analoger Beispiele dienen. Wer solche Fälle von Ausbruch der Angstneurose nach psychischem Schock, überaus häufige Vorkommnisse, nicht gesehen hätte, dürfte sich nicht anmaßen, in Sachen der Angstneurose mitzusprechen. Ich will nur dabei anmerken, daß in der Ätiologie solcher Fälle nicht jedesmal Schreck oder ängstliche Erwartung nachweisbar sein muß; eine beliebige andere Gemütsbewegung tut es auch. Wenn ich rasch einige Fälle aus meiner Erinnerung mustere, so fällt mir ein Mann von fünfundvierzig Jahren ein, der den ersten Angstanfall (mit Herzkollaps) auf die Nachricht vom Tode seines betagten Vaters bekam; von da an entwickelte sich volle und typische Angstneurose mit Agoraphobie; ferner ein junger Mann, der in dieselbe Neurose durch die Erregung über die Zwistigkeiten zwischen seiner jungen Frau und seiner Mutter verfiel und nach jedem neuen häuslichen Zank neuerdings agoraphobisch wurde; ein Student, der, einigermaßen verbummelt, die ersten Angstanfälle in einer Periode scharfer

Prüfungsarbeit unter dem Sporn väterlicher Ungnade produzierte; eine selbst kinderlose Frau, die infolge der Angst um die Gesundheit einer kleinen Nichte erkrankte, u. dgl. m. An der Tatsache selbst, die Löwenfeld gegen mich verwertet, besteht nicht der leiseste Zweifel.

Wohl aber an ihrer Deutung. Es fragt sich, soll man hier ohneweiters auf das *post hoc ergo propter hoc* eingehen, sich jede kritische Verarbeitung des Rohmaterials ersparen? Man kennt ja Beispiele genug dafür, daß die letzte auslösende Ursache sich vor der kritischen Analyse nicht als *causa efficiens* bewähren konnte. Man denke an das Verhältnis von Trauma und Gicht beispielsweise! Die Rolle des Traumas ist hier, bei der Provokation eines Gichtanfalles in dem vom Trauma betroffenen Glied, wahrscheinlich keine andere, als sie in der Ätiologie der Tabes und der Paralyse sein dürfte; nur scheint im Beispiel der Gicht bereits für jede Einsicht absurd, daß das Trauma die Gicht „verursacht“ anstatt provoziert haben sollte. Man muß doch nachdenklich werden, wenn man ätiologische Momente solcher Art — banale möchte ich sie nennen — in der Ätiologie der mannigfaltigsten Krankheitszustände antrifft. Gemütsbewegung, Schreck ist auch solch ein banales Moment; Chorea, Apoplexie, Paralysis agitans und was nicht alles sonst kam der Schreck geradeso hervorrufen wie eine Angstneurose. Nun darf ich freilich nicht weiter argumentieren, wegen dieser Ubiquität genügten die banalen Ursachen unseren Anforderungen nicht, es müßte außerdem spezifische Ursachen geben. Das hieße den Satz, den ich erweisen will, vorwegnehmen. Ich bin aber berechtigt, folgenderart zu schließen: Wenn sich die nämliche spezifische Ursache in der Ätiologie aller oder der allermeisten Fälle von Angstneurose nachweisen läßt, dann braucht sich unsere Auffassung nicht dadurch beirren lassen, daß der Ausbruch der Krankheit erst nach der Einwirkung des einen oder anderen banalen Moments, wie es Gemütsbewegung ist, erfolgt.

So war es nun in meinen Fällen von Angstneurose. Der Mann, der — rätselhafterweise — auf die Nachricht vom Tode seines Vaters erkrankte (ich mache diese Randglosse, weil dieser Tod nicht unerwartet und nicht unter ungewöhnlichen, erschütternden Umständen erfolgte), dieser Mann lebte seit elf Jahren im Coitus interruptus mit seiner Ehefrau, welche er meistens zu befriedigen trachtete; der junge Mann, der den Streitigkeiten zwischen seiner Frau und seiner Mutter nicht gewachsen war, hatte bei seiner jungen Frau von Anfang an das Zurückziehen geübt, um sich die Belastung mit Nachkommenschaft zu ersparen; der Student, der sich durch Überarbeitung eine Angstneurose zuzog anstatt der zu erwartenden Cerebrasthenie, unterhielt seit drei Jahren ein Verhältnis mit einem Mädchen, das er nicht schwängern durfte; die Frau, die, selbst kinderlos, über die Krankheit einer Nichte der Angstneurose verfiel, war mit einem impotenten Mann verheiratet und sexuell nie befriedigt worden u. dgl. Nicht alle diese Fälle sind gleich klar oder für meine These gleich gut beweisend; aber wenn ich sie an die sehr beträchtliche Anzahl von Fällen anreihe, in denen die Ätiologie nichts anderes als das spezifische Moment aufweist, fügen sie sich der von mir aufgestellten Lehre widerspruchslos ein und gestatten eine Erweiterung unseres ätiologischen Verständnisses über die bisher geltenden Grenzen.

Wenn mir jemand nachweisen will, daß ich in vorstehender Betrachtung die Bedeutung der banalen ätiologischen Momente ungebührlich zurückgesetzt habe, so muß er mir Beobachtungen entgegenhalten, in denen mein spezifisches Moment vermißt wird, also Fälle von Entstehung der Angstneurose nach psychischem Schock bei (im ganzen) normaler vita sexualis. Man urteile nun, ob der Fall von Löwenfeld diese Bedingung erfüllt. Mein geehrter Gegner hat sich diese Anforderung offenbar nicht klar gemacht, sonst würde er uns über die vita sexualis seiner Patientin nicht so völlig im unklaren lassen. Ich will es beiseite

lassen, daß der Fall einer dreißigjährigen Dame offenbar mit einer Hysterie kompliziert ist, an deren psychischer Ableitbarkeit ich am wenigsten zweifle; ich gebe die Angstneurose neben dieser Hysterie natürlich ohne Einspruch zu. Aber ehe ich einen Fall für oder gegen die Lehre von der sexuellen Ätiologie der Neurosen verwerte, muß ich das sexuelle Verhalten der Patientin eingehender als Löwenfeld hier studiert haben. Ich werde mich nicht mit dem Schlusse begnügen: da die Dame zur Zeit des psychischen Schocks kurz nach einer Entbindung war, dürfte der Coitus interruptus im letzten Jahre keine Rolle gespielt haben und somit sexuelle Noxen hier entfallen. Ich kenne Fälle von Angstneurose bei jährlich wiederholter Gravidität, weil (unglaublicherweise) von dem befruchtenden Koitus an jeder Verkehr eingestellt wurde, so daß die kinderreiche Frau all die Jahre über an Entbehrung litt. Es ist keinem Arzte unbekannt, daß Frauen von sehr wenig potenten Männern konzipieren, die nicht imstande sind, ihnen Befriedigung zu verschaffen, und endlich gibt es, womit gerade die Vertreter der Hereditätsätiologie rechnen sollten, Frauen genug, die mit einer kongenitalen Angstneurose behaftet sind, d. h. die eine solche *vita sexualis* mitbringen respektive ohne nachweisbare äußere Störung entwickeln, wie man sie sonst durch Coitus interruptus und ähnliche Noxen erwirbt. Bei einer Anzahl dieser Frauen kann man eine hysterische Erkrankung der Jugendjahre eruieren, seit welcher die *vita sexualis* gestört und eine Ablenkung der Sexualspannung vom Psychischen hergestellt ist. Frauen mit solcher Sexualität sind einer wirklichen Befriedigung selbst durch normalen Koitus unfähig und entwickeln Angstneurose entweder spontan oder nach dem Zutritt weiterer wirksamer Momente. Was von alledem mag in dem Falle Löwenfelds vorgelegen haben? Ich weiß es nicht, aber ich wiederhole, gegen mich beweisend ist dieser Fall nur, wenn die Dame, die auf einmaligen Schreck mit einer Angstneurose antwortet, sich vorher einer normalen *vita sexualis* erfreut hat.

Wir können unmöglich ätiologische Forschungen aus der Anamnese betreiben, wenn wir die Anamnese so hinnehmen, wie der Kranke sie gibt, oder uns mit dem begnügen, was er uns preisgeben will. Wenn die Syphilidologen die Zurückführung eines Initialaffekts an den Genitalien auf sexuellen Verkehr noch von der Ansage des Patienten abhängen ließen, würden sie eine ganz stattliche Anzahl von Schankern bei angeblich virginalen Individuen von Erkältung herleiten können, und die Gynäkologen fänden kaum Schwierigkeiten, das Wunder der Parthenogenesis an ihren unverheirateten Klientinnen zu bestätigen. Ich hoffe, es wird dereinst durchdringen, daß auch die Neuropathologen bei der Erhebung der Anamnese großer Neurosen von ähnlichen ätiologischen Vorurteilen ausgehen dürfen.

2) Ferner sagt Löwenfeld, er habe wiederholt Angstzustände auftauchen und verschwinden gesehen, wo eine Änderung im sexuellen Leben sicher nicht statthatte, dagegen andere Faktoren im Spiele waren.

Ganz dieselbe Erfahrung habe ich auch gemacht, ohne daß sie mich beirrt hätte. Auch ich habe die Angstzufälle durch psychische Behandlung, Allgemeinbesserung u. dgl. zum Schwinden gebracht. Ich habe natürlich daraus nicht geschlossen, daß der Mangel an Behandlung die Ursache der Angstanfälle war. Nicht etwa, daß ich Löwenfeld einen derartigen Schluß unterschieben wollte; ich will mit obiger scherzhafter Bemerkung nur andeuten, daß die Sachlage leicht kompliziert genug sein kann, um den Einwand von Löwenfeld völlig zu entwerten. Ich habe nicht schwer gefunden, die hier vorgebrachte Tatsache mit der Behauptung der spezifischen Ätiologie der Angstneurose zu vereinigen. Man wird mir gerne zugestehen, daß es ätiologisch wirksame Momente gibt, die, um ihre Wirkung zu üben, in einer gewissen Intensität (oder Quantität) und über einen gewissen Zeitraum wirken müssen, die sich also summieren; die Alkoholwirkung ist ein Vorbild für solche Verursachung durch

Summation. Demnach wird es einen Zeitraum geben dürfen, in dem die spezifische Ätiologie in ihrer Arbeit begriffen, aber deren Wirkung noch nicht manifest ist. Während solcher Zeit ist die Person noch nicht krank, aber sie ist zur bestimmten Erkrankung, in unserem Falle zur Angstneurose, disponiert, und nun wird der Zutritt einer banalen Noxe die Neurose auslösen können, geradeso wie eine weitere Steigerung in der Einwirkung der spezifischen Noxe. Man kann dies auch so ausdrücken: Es reicht nicht hin, daß das spezifische ätiologische Moment vorhanden ist, es muß auch ein bestimmtes Maß davon voll werden, und bei der Erreichung dieser Grenze kann eine Quantität spezifischer Noxe durch einen Betrag banaler Schädlichkeit ersetzt werden. Wird letzterer wieder weggenommen, so befindet man sich unterhalb einer Schwelle; die Krankheitserscheinungen treten wieder zurück. Die ganze Therapie der Neurosen beruht darauf, daß man die Gesamtbelastung des Nervensystems, welcher dieses erliegt, durch sehr verschiedenartige Beeinflussungen der ätiologischen Mischung unter die Schwelle bringen kann. Auf Fehlen oder Existenz einer spezifischen Ätiologie ist aus diesen Verhältnissen kein Schluß zu ziehen.

Das sind doch gewiß einwurfsfreie und gesicherte Erwägungen. Wem sie noch nicht genügen, der möge folgendes Argument auf sich wirken lassen. Nach der Ansicht Löwenfelds und so vieler anderer ist die Ätiologie der Angstzustände in der Heredität zu finden. Die Heredität ist nun gewiß einer Änderung entzogen; wenn Angstneurose durch Behandlung geheilt wird, sollte man nun mit Löwenfeld schließen dürfen, daß die Heredität nicht die Ätiologie enthalten kann.

Übrigens, ich hätte mir die Verteidigung gegen die beiden angeführten Einwände von Löwenfeld ersparen können, wenn mein geehrter Gegner meiner Arbeit selbst größere Aufmerksamkeit geschenkt hätte. Die beiden Einwendungen sind in meiner Arbeit selbst vorgesehen und beantwortet (S. 68 ff.)¹⁾; ich könnte

1) S. 558 ff. dieses Bandes.

die Ausführungen von dort hier nur wiederholen, ich habe mit Absicht selbst die nämlichen Krankheitsfälle hier neuerdings analysiert. Auch die ätiologischen Formeln, auf die ich eben vorhin Wert legte, sind im Texte meiner Abhandlung enthalten. Ich will sie hier nochmals wiederholen. Ich behaupte: Es gibt für die Angstneurose ein spezifisches ätiologisches Moment, welches in seiner Wirkung von banalen Schädlichkeiten zwar quantitativ vertreten, aber nicht qualitativ ersetzt werden kann. Ferner: Dieses spezifische Moment bestimmt vor allem die Form der Neurose; ob eine neurotische Erkrankung überhaupt zustande kommt, hängt von der Gesamtbelastung des Nervensystems (im Verhältnis zu dessen Tragfähigkeit) ab. In der Regel sind die Neurosen überdeterminiert, d. h. es wirken in ihrer Ätiologie mehrere Faktoren zusammen.

3) Um die Widerlegung der nächsten Bemerkungen Löwenfelds brauche ich mich weniger zu bemühen, da dieselben einerseits meiner Lehre wenig anhaben, andererseits Schwierigkeiten hervorheben, die ich als vorhanden anerkenne. Löwenfeld sagt: „Die Freudsche Theorie ist aber ganz und gar ungenügend, das Auftreten und Ausbleiben der Angstanfälle im einzelnen zu erklären. Wenn die Angstzustände, i. e. die Erscheinungen der Angstneurose, lediglich durch subkortikale Aufspeicherung der somatischen Sexualerregung und abnorme Verwendung derselben zustande kommen würden, so müßte jeder mit Angstzuständen Behaftete, so lange keine Änderungen in seinem sexuellen Leben eintreten, von Zeit zu Zeit einen Angstanfall haben, wie der Epileptische seinen Anfall von *grand* und *petit mal* hat. Dies ist aber, wie die alltägliche Erfahrung zeigt, durchaus nicht der Fall. Die Angstanfälle treten weit überwiegend nur bei bestimmten Anlässen ein; wenn der Patient diese meidet oder durch irgend eine Vorkehrung deren Einfluß zu paralysieren weiß, so bleibt er von Angstanfällen verschont, er mag dem *Congressus interrup-*

us oder der Abstinenz andauernd huldigen oder sich einer normalen *vita sexualis* erfreuen.“

Darüber ist nun sehr viel zu sagen. Zunächst, daß Löwenfeld meiner Theorie eine Folgerung aufnötigt, die sie nicht zu akzeptieren braucht. Daß es bei der Aufspeicherung der somatischen Sexualerregung so zugehen müsse wie bei der Anhäufung des Reizes zum epileptischen Krampfe, ist eine allzu detaillierte Aufstellung, zu welcher ich keinen Anlaß gegeben habe, und ist nicht die einzige, die sich darbietet. Ich brauche nur anzunehmen, daß das Nervensystem ein gewisses Maß von somatischer Sexualerregung, auch wenn diese von ihrem Ziele abgelenkt sei, zu bewältigen vermöge, und daß Störungen nur dann entstehen, wenn das Quantum dieser Erregung eine plötzliche Steigerung erfährt, und die Anforderung Löwenfelds wäre beseitigt. Ich habe mich nicht getraut, meine Theorie nach dieser Richtung hin auszubauen, hauptsächlich darum, weil ich keine sicheren Stützpunkte auf dem Wege dahin zu finden erwartete. Ich will bloß andeuten, daß wir uns die Produktion von Sexualspannung nicht unabhängig von ihrer Verausgabung vorstellen dürfen, daß im normalen Sexualleben diese Produktion bei Anregung durch das Sexualobjekt sich wesentlich anders gestaltet als bei psychischer Ruhe u. dgl.

Zuzugeben ist, daß die Verhältnisse hier wohl anders liegen als bei epileptischer Krampfneigung, und daß sie aus der Theorie der Aufspeicherung somatischer Sexualerregung noch nicht im Zusammenhange abzuleiten sind.

Der weiteren Behauptung Löwenfelds, daß die Angstzustände nur bei gewissen Anlässen auftreten, bei deren Vermeidung sie ausbleiben, gleichgültig, welches die *vita sexualis* des Betreffenden sein mag, ist entgegenzuhalten, daß Löwenfeld hiebei offenbar nur die Angst der Phobien im Auge hat, wie auch die an die zitierte Stelle geknüpften Beispiele zeigen. Von den spontanen Angstanfällen, deren Inhalt Schwindel, Herzklopfen, Atemnot,

Zittern, Schweiß u. dgl. ist, spricht er gar nicht. Das Auftreten und Ausbleiben dieser Angstanfälle zu erklären, scheint meine Theorie aber keineswegs untüchtig. In einer ganzen Reihe solcher Fälle von Angstneurose ergibt sich nämlich wirklich der Anschein einer Periodizität des Auftretens von Angstzuständen ähnlich der bei Epilepsie beobachteten, nur daß hier der Mechanismus dieser Periodizität durchsichtiger wird. Bei näherer Erforschung findet man nämlich mit großer Regelmäßigkeit einen aufregenden sexuellen Vorgang auf (d. h. einen solchen, der imstande ist, somatische Sexualspannung zu entbinden), an welchen sich mit Einhaltung eines bestimmten, oft ganz konstanten Zeitintervalls der Angstanfall anschließt. Diese Rolle spielen bei abstinenten Frauen die menstruale Erregung, die gleichfalls periodisch wiederkehrenden nächtlichen Pollutionen, vor allem der (in seiner Unvollständigkeit schädliche) sexuelle Verkehr selbst, der diesen seinen Wirkungen, den Angstanfällen, die eigene Periodizität überträgt. Kommen Angstanfälle, welche die gewohnte Periodizität durchbrechen, so gelingt es zumeist, sie auf eine Gelegenheitsursache von seitenem und unregelmäßigem Vorkommen zurückzuführen, ein vereinzelt sexuelles Erlebnis, Lektüre, Schaustellung u. dgl. Das Intervall, das ich erwähnt habe, beträgt einige Stunden bis zu zwei Tagen; es ist dasselbe, mit welchem bei anderen Personen auf dieselben Veranlassungen hin die bekannte Sexualmigräne auftritt, die ihre sicheren Beziehungen zum Symptomenkomplex der Angstneurose hat.

Daneben gibt es reichlich Fälle, in denen der einzelne Angstzustand durch das Hinzutreten eines banalen Moments, durch Aufregung beliebiger Art, provoziert wird. Es gilt also für die Ätiologie des einzelnen Angstanfalles dieselbe Vertretung wie für die Verursachung der ganzen Neurose. Daß die Angst der Phobien anderen Bedingungen folgt, ist nicht sehr verwunderlich; die Phobien haben ein komplizierteres Gefüge als die einfach somatischen Angstanfälle. Bei ihnen ist die Angst mit einem bestimmten

Vorstellungs- oder Wahrnehmungsinhalt verknüpft, und die Erweckung dieses psychischen Inhalts ist die Hauptbedingung für das Auftreten dieser Angst. Die Angst wird dann „entbunden“, ähnlich wie z. B. die Sexualspannung durch die Erweckung libidinöser Vorstellungen; aber dieser Vorgang ist allerdings in seinem Zusammenhange mit der Theorie der Angstneurose noch nicht aufgeklärt.

Ich sehe nicht ein, weshalb ich streben sollte, Lücken und Schwächen meiner Theorie zu verbergen. Die Hauptsache an dem Problem der Phobien scheint mir zu sein, daß Phobien bei normaler *vita sexualis* — d. i. bei Nichterfüllung der spezifischen Bedingung von Störung der *vita sexualis* im Sinne einer Ablenkung des Somatischen vom Psychischen — überhaupt nicht zustande kommen. Mag sonst am Mechanismus der Phobien noch so vieles dunkel sein, meine Lehre ist erst widerlegt, wenn man mir Phobien bei normaler *vita sexualis* oder selbst bei nicht spezifisch bestimmter Störung derselben nachweist.

4) Ich übergehe nun zu einer Bemerkung, die ich meinem geehrten Herrn Kritiker nicht unwidersprochen lassen darf.

Ich hatte in meiner Mitteilung über die Angstneurose (l. c. S. 325) geschrieben:

„In manchen Fällen von Angstneurose läßt sich eine Ätiologie überhaupt nicht erkennen. Es ist bemerkenswert, daß in solchen Fällen der Nachweis einer schweren hereditären Belastung selten auf Schwierigkeiten stößt.“

„Wo man aber Grund hat, die Neurose für eine erworbene zu halten, da findet man bei sorgfältigem, dahin zielendem Examen als ätiologisch wirksame Momente eine Reihe von Schädlichkeiten und Einflüssen aus dem Sexualleben...“ Löwenfeld druckt diese Stelle ab und knüpft an sie folgende Glosse: „Als ‚erworben‘ scheint demnach F. die Neurose immer zu betrachten, wenn Gelegenheitsursachen derselben aufzufinden sind.“

Wenn sich dieser Sinn zwanglos aus meinem Texte ableiten läßt, so gibt letzterer meinem Gedanken sehr entstellten Ausdruck.

Ich mache darauf aufmerksam, daß ich vorhin in der Wert-schätzung der Gelegenheitsursachen mich weit strenger als Löwenfeld erwiesen habe. Sollte ich die Meinung meiner Sätze selbst erläutern, so würde ich es tun, indem ich nach der Bedingung: Wo man aber Grund hat, die Neurose für eine erworbene zu halten . . ., einschalte: weil der (im vorigen Satz erwähnte) Nachweis hereditärer Belastung nicht gelingt. Der Sinn ist: Ich halte den Fall für einen erworbenen, in dem sich Heredität nicht nachweisen läßt. Ich benehme mich dabei wie alle Welt, vielleicht mit dem kleinen Unterschiede, daß andere den Fall auch dann für hereditär bedingt erklären, wo Heredität nicht besteht, so daß sie die ganze Kategorie erworbener Neurosen übersehen. Dieser Unterschied aber läuft zu meinen Gunsten. Ich gestehe jedoch zu, daß ich solches Mißverständnis durch die Redewendung im ersten Satze: „es läßt sich eine Ätiologie überhaupt nicht erkennen“, selbst verschuldet habe. Ich werde sicherlich auch von anderer Seite zu hören bekommen, ich schaffe mir mit der Suche nach den spezifischen Ursachen der Neurosen überflüssige Mühe. Die wirkliche Ätiologie der Angstneurosen wie der Neurosen überhaupt sei ja bekannt, es sei die Heredität, und zwei wirkliche Ursachen könnten nebeneinander nicht bestehen. Die ätiologische Rolle der Heredität leugnete ich wohl nicht? Dann aber seien alle anderen Ätiologien — Gelegenheitsursachen und einander gleichwertig oder gleich minderwertig.

Ich teile diese Anschauung über die Rolle der Heredität nicht, und da ich gerade dieses Thema in meiner kurzen Mitteilung über die Angstneurose am wenigsten gewürdigt habe, will ich versuchen, hier etwas vom Unterlassenen nachzuholen und den Eindruck zu verwischen, als hätte ich mich bei der Abfassung meiner Arbeit nicht um alle zugehörigen Rätsselfragen bemüht.

Ich glaube, man ermöglicht sich eine Darstellung der wahrscheinlich sehr komplizierten ätiologischen Verhältnisse, die in der

Pathologie der Neurosen obwalten, wenn man sich folgende ätiologische Begriffe festlegt:

a) Bedingung, b) spezifische Ursache, c) konkurrierende Ursache und, als den vorigen nicht gleichwertigen Terminus, d) Veranlassung oder auslösende Ursache.

Um allen Möglichkeiten zu genügen, nehme man an, es handle sich um ätiologische Momente, die einer quantitativen Veränderung, also der Steigerung oder Verringerung fähig sind.

Läßt man sich die Vorstellung einer mehrgliedrigen ätiologischen Gleichung gefallen, die erfüllt sein muß, wenn der Effekt zustande kommen soll, so charakterisiert sich als Veranlassung oder auslösende Ursache diejenige, welche zuletzt in die Gleichung eintritt, so daß sie dem Erscheinen des Effekts unmittelbar vorhergeht. Nur dieses zeitliche Moment macht das Wesen der Veranlassung aus, jede der andersartigen Ursachen kann im Einzelfalle auch die Rolle der Veranlassung spielen; in derselben ätiologischen Häufung kann diese Rolle wechseln.

Als Bedingungen sind solche Momente zu bezeichnen, bei deren Abwesenheit der Effekt nie zustande käme, die aber für sich allein auch unfähig sind, den Effekt zu erzeugen, sie mögen in noch so großem Ausmaße vorhanden sein. Es fehlt dazu noch die spezifische Ursache.

Als spezifische Ursache gilt diejenige, die in keinem Falle von Verwirklichung des Effekts vermißt wird, und die in entsprechender Quantität oder Intensität auch hinreicht, den Effekt zu erzielen, wenn nur noch die Bedingungen erfüllt sind.

Als konkurrierende Ursachen darf man solche Momente auffassen, welche weder jedesmal vorhanden sein müssen, noch imstande sind, in beliebigem Ausmaße ihrer Wirkung für sich allein den Effekt zu erzeugen, welche aber neben den Bedingungen und der spezifischen Ursache zur Erfüllung der ätiologischen Gleichung mitwirken.

Die Besonderheit der konkurrierenden oder Hilfsursachen scheint klar; wie unterscheidet man aber Bedingungen und spezifische

Ursachen, da sie beide unentbehrlich und doch keines von ihnen allein zur Verursachung genügend sind?

Da scheint denn folgendes Verhalten eine Entscheidung zu gestatten. Unter den „notwendigen Ursachen“ findet man mehrere, die auch in den ätiologischen Gleichungen vieler anderer Effekte wiederkehren, daher keine besondere Beziehung zum einzelnen Effekt verraten; eine dieser Ursachen aber stellt sich den anderen gegenüber, dadurch, daß sie in keiner anderen oder in sehr wenigen ätiologischen Formeln aufzufinden ist, und diese hat den Anspruch, spezifische Ursache des betreffenden Effekts zu heißen. Ferner sondern sich Bedingungen und spezifische Ursache besonders deutlich in solchen Fällen, in denen die Bedingungen den Charakter von lange bestehenden und wenig veränderlichen Zuständen haben, die spezifische Ursache einem rezent einwirkenden Faktor entspricht.

Ich will ein Beispiel für dieses vollständige ätiologische Schema versuchen:

Effekt: Phthisis pulmonum.

Bedingung: Disposition, meist hereditär durch Organbeschaffenheiten gegeben.

Spezifische Ursache: Der Bazillus Kochii.

Hilfsursachen: Alles Depotenzierende: Gemütsbewegungen wie Eiterungen oder Erkältungen.

Das Schema für die Ätiologie der Angstneurose scheint mir ähnlich zu lauten:

Bedingung: Heredität.

Spezifische Ursache: Ein sexuelles Moment im Sinne einer Ablenkung der Sexualspannung vom Psychischen.

Hilfsursachen: Alle banalen Schädigungen: Gemütsbewegung, Schreck, wie physische Erschöpfung durch Krankheit oder Überleistung.

Wenn ich diese ätiologische Formel für die Angstneurose im einzelnen diskutiere, kann ich noch folgende Bemerkungen hinzu-

fügen: Ob eine besondere persönliche Beschaffenheit (die nicht hereditär bezeugt zu sein brauchte) für die Angstneurose unbedingt erfordert wird, oder ob jeder normale Mensch durch etwaige quantitative Steigerung des spezifischen Momentes zur Angstneurose gebracht werden kann, weiß ich nicht sicher zu entscheiden, neige aber sehr zur letzteren Meinung. — Die hereditäre Disposition ist die wichtigste Bedingung der Angstneurose, aber keine unentbehrliche, da sie in einer Reihe von Grenzfällen vermißt wird. — Das spezifische sexuelle Moment wird in der übergroßen Zahl der Fälle mit Sicherheit nachgewiesen, in einer Reihe von Fällen (kongenitalen) sondert es sich von der Bedingung der Heredität nicht ab, sondern ist durch diese miterfüllt, d. h. die Kranken bringen jene Besonderheit der *vita sexualis* als Stigma mit (die psychische Unzulänglichkeit zur Bewältigung der somatischen Sexualspannung), über welche sonst der Weg zur Erwerbung der Neurose führt; in einer anderen Reihe von Grenzfällen ist die spezifische Ursache in einer konkurrierenden enthalten, wenn nämlich die besagte psychische Unzulänglichkeit durch Erschöpfung u. dgl. zustande kommt. Alle diese Fälle bilden fließende Reihen, nicht abgesonderte Kategorien; durch alle zieht sich indes das ähnliche Verhalten im Schicksal der Sexualspannung, und für die meisten gilt die Sonderung von Bedingung, spezifischer und Hilfsursache, konform der oben gegebenen Auflösung der ätiologischen Gleichung.

Ich kann, wenn ich meine Erfahrungen danach befrage, ein gegensätzliches Verhalten von hereditärer Disposition und spezifischem sexuellem Moment für die Angstneurose nicht auffinden. Im Gegenteil, die beiden ätiologischen Faktoren unterstützen und ergänzen einander. Das sexuelle Moment wirkt meistens nur bei jenen Personen, die eine hereditäre Belastung mit dazu bringen; die Heredität allein ist meistens nicht imstande, eine Angstneurose zu erzeugen, sondern wartet auf das Eintreffen eines genügenden Maßes der spezifischen sexuellen Schädlichkeit. Die Konstatierung

der Heredität überhebt darum nicht der Suche nach einem spezifischen Momeut, an dessen Auffindung sich übrigens auch alles therapeutische Interesse knüpft. Denn was will man therapeutisch mit der Heredität als Ätiologie anfangen? Sie hat seit jeher bei dem Kranken bestanden und wird bis an dessen Ende weiter bestehen. Sie ist an und für sich weder geeignet, das episodische Auftreten einer Neurose, noch deren Aufhören durch Behandlung verstehen zu lassen. Sie ist nichts als eine Bedingung der Neurose, eine unsäglich wichtige zwar, aber doch eine zum Schaden der Therapie und des theoretischen Verständnisses überschätzte. Man denke nur, um sich durch den Kontrast der Tatsachen überzeugen zu lassen, an die Fälle von familiären Nervenkrankheiten (Chorea chronica, Thomsensche Krankheit u. dgl.), in denen die Heredität alle ätiologischen Bedingungen in sich vereinigt.

Ich möchte zum Schlusse die wenigen Sätze wiederholen, durch welche ich in erster Annäherung an die Wirklichkeit die gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen ätiologischen Faktoren auszudrücken pflege:

1) Ob überhaupt eine neurotische Erkrankung zustande kommt, hängt von einem quantitativen Faktor ab, von der Gesamtbelastung des Nervensystems im Verhältnis zu dessen Resistenzfähigkeit. Alles was diesen Faktor unter einem gewissen Schwellenwert halten oder dahin zurückbringen kann, hat therapeutische Wirksamkeit, indem es die ätiologische Gleichung unerfüllt läßt.

Was man unter „Gesamtbelastung“, was man unter „Resistenzfähigkeit“ des Nervensystems zu verstehen habe, das ließe sich mit Zugrundelegung gewisser Hypothesen über die Nervenfunktion wohl deutlicher ausführen.

2) Welchen Umfang die Neurose erreicht, das hängt in erster Linie von dem Maß hereditärer Belastung ab. Die Heredität wirkt wie ein in den Stromkreis eingeschalteter Multiplikator, der den Ausschlag der Nadel um das Vielfache vergrößert.

3) Welche Form aber die Neurose annimmt, — den Sinn des Ausschlages — dies bestimmt allein das aus dem Sexualleben stammende spezifische ätiologische Moment.

Ich hoffe, daß im ganzen, obwohl ich mir der vielen noch unerledigten Schwierigkeiten des Gegenstandes bewußt bin, meine Aufstellung der Angstneurose sich für das Verständnis der Neurosen fruchtbarer erweisen wird, als Löwenfelds Versuch, denselben Tatsachen Rechnung zu tragen durch die Konstatierung „einer Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform“.

Wien, anfangs Mai 1895.

WEITERE BEMERKUNGEN
ÜBER DIE
ABWEHR-NEUROPSYCHOSEN

WEITERE BEMERKUNGEN ÜBER DIE ABWEHR-NEUROPSYCHOSEN

Als „Abwehr-Neuropsychosen“ habe ich 1894 in einem kleinen Aufsatz (Neurologisches Zentralblatt, Nr. 10 und 11) Hysterie, Zwangsvorstellungen, sowie gewisse Fälle von akuter halluzinatorischer Verworrenheit zusammengefaßt, weil sich für diese Affektionen der gemeinsame Gesichtspunkt ergeben hatte, ihre Symptome entstünden durch den psychischen Mechanismus der (unbewußten) Abwehr, d. h. bei dem Versuche, eine unverträgliche Vorstellung zu verdrängen, die in peinlichen Gegensatz zum Ich der Kranken getreten war. An einzelnen Stellen eines seither erschienenen Buches „Studien über Hysterie“ von Dr. J. Breuer und mir, habe ich dann erläutern und an Krankenbeobachtungen darlegen können, in welchem Sinne dieser psychische Vorgang der „Abwehr“ oder „Verdrängung“ zu verstehen ist. Ebendasselbst finden sich auch Angaben über die mühselige, aber vollkommen verlässliche Methode der Psychoanalyse, deren ich mich bei diesen Untersuchungen, die gleichzeitig eine Therapie darstellen, bediene.

Meine Erfahrungen in den beiden letzten Arbeitsjahren haben mich nun in der Neigung bestärkt, die Abwehr zum Kernpunkt

im psychischen Mechanismus der erwähnten Neurosen zu machen, und haben mir andererseits gestattet, der psychologischen Theorie eine klinische Grundlage zu geben. Ich bin zu meiner eigenen Überraschung auf einige einfache, aber eng umschriebene Lösungen der Neurosenprobleme gestoßen, über die ich auf den nachfolgenden Seiten vorläufig und in Kürze berichten will. Ich kann es mit dieser Art der Mitteilung nicht vereinen, den Behauptungen die Beweise anzufügen, deren sie bedürfen, hoffe aber, diese Verpflichtung in einer ausführlichen Darstellung einlösen zu können.

I

Die „spezifische“ Ätiologie der Hysterie

Daß die Symptome der Hysterie erst durch Zurückführung auf „traumatisch“ wirksame Erlebnisse verständlich werden, und daß diese psychischen Traumen sich auf das Sexualleben beziehen, ist von Breuer und mir bereits in früheren Veröffentlichungen ausgesprochen worden. Was ich heute als einförmiges Ergebnis meiner an 13 Fällen von Hysterie durchgeführten Analysen hinzuzufügen habe, betrifft einerseits die Natur dieser sexuellen Traumen, andererseits die Lebensperiode, in der sie vorkommen. Es reicht für die Verursachung der Hysterie nicht hin, daß zu irgend einer Zeit des Lebens ein Erlebnis auftritt, welches das Sexualleben irgendwie streift und durch die Entbindung und Unterdrückung eines peinlichen Affekts pathogen wird. Es müssen vielmehr diese sexuellen Traumen der frühen Kindheit (der Lebenszeit vor der Pubertät) angehören, und ihr Inhalt muß in wirklicher Irritation der Genitalien (koitusähnlichen Vorgängen) bestehen.

Diese spezifische Bedingung der Hysterie — sexuelle Passivität in vorsexuellen Zeiten — fand ich in allen analysierten

Fällen von Hysterie (darunter zwei Männer) erfüllt. Wie sehr die Anforderung an hereditäre Disposition durch solche Bedingtheit der akzidentellen ätiologischen Momente verringert wird, bedarf nur der Andeutung; ferner eröffnet sich ein Verständnis für die ungleich größere Häufigkeit der Hysterie beim weiblichen Geschlecht, da dieses auch im Kindesalter eher zu sexuellen Angriffen reizt.

Die nächstliegenden Einwendungen gegen dieses Resultat dürften lauten, daß sexuelle Angriffe gegen kleine Kinder zu häufig vorkommen, als daß ihrer Konstatierung ein ätiologischer Wert zukäme, oder daß solche Erlebnisse gerade darum wirkungslos bleiben müssen, weil sie ein sexuell unentwickeltes Wesen betreffen; ferner daß man sich hüten müsse, derlei angebliche Reminiszenzen den Kranken durchs Examen aufzudrängen, oder an die Romane, die sie selbst erdichten, zu glauben. Den letzteren Einwendungen ist die Bitte entgegenzuhalten, daß doch niemand allzu sicher auf diesem dunkeln Gebiete urteilen möge, der sich noch nicht der einzigen Methode bedient hat, welche es zu erhellen vermag (der Psychoanalyse zur Bewußtmachung des bisher Unbewußten).¹ Das Wesentliche an den ersteren Zweifeln erledigt sich durch die Bemerkung, daß ja nicht die Erlebnisse selbst traumatisch wirken, sondern deren Wiederbelebung als Erinnerung, nachdem das Individuum in die sexuelle Reife eingetreten ist.

Meine dreizehn Fälle von Hysterie waren durchwegs von schwerer Art, alle mit vieljähriger Krankheitsdauer, einige nach längerer und erfolgloser Anstaltsbehandlung. Die Kindertraumen, welche die Analyse für diese schweren Fälle aufdeckte, mußten sämtlich als schwere sexuelle Schädigungen bezeichnet werden; gelegentlich waren es geradezu abscheudliche Dinge. Unter den Per-

1) Ich vermute selbst, daß die so häufigen Attentatdichtungen der hysterischen Zwangsdichtungen sind, die von der Erinnerungsspur des Kindertraumas ausgehen,

sonen, welche sich eines solchen folgenschweren Abusus schuldig machten, stehen obenan Kinderfranen, Gouvernanten und andere Dienstboten, denen man allzu sorglos die Kinder überläßt, ferner sind in bedauerlicher Häufigkeit lehrende Personen vertreten; in sieben von jenen dreizehn Fällen handelte es sich aber auch um schuldlose kindliche Attentäter, meist Brüder, die mit ihren um wenig jüngeren Schwestern Jahre hindurch sexuelle Beziehungen unterhalten hatten. Der Hergang war wohl jedesmal ähnlich, wie man ihn in einzelnen Fällen mit Sicherheit verfolgen konnte, daß nämlich der Knabe von einer Person weiblichen Geschlechts mißbraucht worden war, daß dadurch in ihm vorzeitig die Libido geweckt wurde, und daß er dann einige Jahre später in sexueller Aggression gegen seine Schwester genau die nämlichen Prozeduren wiederholte, denen man ihn selbst unterzogen hatte.

Aktive Masturbation muß ich aus der Liste der für Hysterie pathogenen sexuellen Schädlichkeiten des frühen Kindesalters ausschließen. Wenn diese doch so häufig neben der Hysterie gefunden wird, so rührt dies von dem Umstande her, daß die Masturbation selbst weit häufiger, als man meint, die Folge des Mißbrauches oder der Verführung ist. Gar nicht selten erkranken beide Teile des kindlichen Paares später an Abwehrneurosen, der Bruder an Zwangsvorstellungen, die Schwester an Hysterie, was natürlich den Anschein einer familiären neurotischen Disposition ergibt. Diese Pseudoheredität löst sich aber mitunter auf überraschende Weise; in einer meiner Beobachtungen waren Bruder, Schwester und ein etwas älterer Vetter krank. Aus der Analyse, die ich mit dem Bruder vornahm, erfuhr ich, daß er an Vorwürfen darüber litt, daß er die Krankheit der Schwester verschuldet; ihn selbst hatte der Vetter verführt, und von diesem war in der Familie bekannt, daß er das Opfer seiner Kinderfran geworden war.

Die obere Altersgrenze, bis zu welcher sexuelle Schädigung in die Ätiologie der Hysterie fällt, kann ich nicht sicher angeben;

ich zweifle aber, ob sexuelle Passivität nach dem achten bis zehnten Jahre Verdrängung ermöglichen kann, wenn sie nicht durch vorherige Erlebnisse dazu befähigt wird. Die untere Grenze reicht so weit als das Erinnern überhaupt, also bis ins zarte Alter von eineinhalb oder zwei Jahren! (Zwei Fälle.) In einer Anzahl meiner Fälle ist das sexuelle Trauma (oder die Reihe von Traumata) im dritten und vierten Lebensjahre enthalten. Ich würde diesen sonderbaren Funden selbst nicht Glauben schenken, wenn sie sich nicht durch die Ausbildung der späteren Neurose volle Vertrauenswürdigkeit verschaffen würden. In jedem Falle ist eine Summe von krankhaften Symptomen, Gewohnheiten und Phobien nur durch das Zurückgehen auf jene Kindererlebnisse erklärlich, und das logische Gefüge der neurotischen Äußerungen macht eine Ablehnung jener aus dem Kinderleben auftauchenden, getreu bewahrten Erinnerungen unmöglich. Es wäre freilich vergebens, diese Kindertraumata einem Hysterischen außerhalb der Psychoanalyse abfragen zu wollen; ihre Spur ist niemals im bewußten Erinnern, nur in den Krankheitssymptomen aufzufinden.

Alle die Erlebnisse und Erregungen, welche in der Lebensperiode nach der Pubertät den Ausbruch der Hysterie vorbereiten oder veranlassen, wirken nachweisbar nur dadurch, daß sie die Erinnerungsspur jener Kindheitstraumata erwecken, welche dann nicht bewußt wird, sondern zur Affektentbindung und Verdrängung führt. Es steht mit dieser Rolle der späteren Traumata in gutem Einklange, daß sie nicht der strengen Bedingtheit der Kindertraumata unterliegen, sondern nach Intensität und Beschaffenheit variieren können, von wirklicher sexueller Überwältigung bis zu bloßen sexuellen Annäherungen und zur Sinneswahrnehmung sexueller Akte bei anderen oder Aufnahme von Mitteilungen über geschlechtliche Vorgänge.¹

1) In einem Aufsätze über die Angstneurose (*Neurologisches Zentralblatt*, 1895, Nr. 2) [S. 515 dieses Bandes] erwähnte ich, daß „ein erstes Zusammentreffen mit dem sexuellen Problem bei heranreifenden Mädchen eine Angstneurose hervorrufen

In meiner ersten Mitteilung über die Abwehrneurosen blieb es unaufgeklärt, wieso das Bestreben der bis dahin Gesunden, ein solches traumatisches Erlebnis zu vergessen, den Erfolg haben könne, die beabsichtigte Verdrängung wirklich zu erzielen und damit der Abwehrneurose das Tor zu öffnen. An der Natur des Erlebnisses konnte es nicht liegen, da andere Personen trotz der gleichen Anlässe gesund blieben. Es konnte also die Hysterie nicht aus der Wirkung des Traumas voll erklärt werden; man mußte zugestehen, daß die Fähigkeit zur hysterischen Reaktion schon vor dem Trauma bestanden hatte.

An Stelle dieser unbestimmten hysterischen Disposition kann nun ganz oder teilweise die posthume Wirkung des sexuellen Kindertraumas treten. Die „Verdrängung“ der Erinnerung an ein peinliches sexuelles Erlebnis reiferer Jahre gelingt nur solchen Personen, bei denen dies Erlebnis die Erinnerungsspur eines Kindertraumas zur Wirkung bringen kann.¹

kann, die in fast typischer Weise mit Hysterie kombiniert ist“. Ich weiß heute, daß die Gelegenheit, bei welcher solche virginale Angst ausbricht, eben nicht dem ersten Zusammentreffen mit der Sexualität entspricht, sondern daß bei diesen Personen ein Erlebnis sexueller Passivität in den Kinderjahren vorhergegangen ist, dessen Erinnerung bei dem „ersten Zusammentreffen“ geweckt wird.

1) Eine psychologische Theorie der Verdrängung müßte auch Auskunft darüber geben, warum nur Vorstellungen sexuellen Inhaltes verdrängt werden können. Sie darf von folgenden Andeutungen ausgehen: Das Vorstellen sexuellen Inhaltes erzeugt bekanntlich ähnliche Erregungsvorgänge in den Genitalien wie das sexuelle Erleben selbst. Man darf annehmen, daß diese somatische Erregung sich in psychische umsetzt. In der Regel ist die diesbezügliche Wirkung beim Erlebniße viel stärker als bei der Erinnerung daran. Wenn aber das sexuelle Erlebnis in die Zeit sexueller Unreife fällt, die Erinnerung daran während oder nach der Reife erweckt wird, dann wirkt die Erinnerung ungleich stärker erregend als seinerzeit das Erlebnis, denn inzwischen hat die Pubertät die Reaktionsfähigkeit des Sexualapparats in unvergleichbarem Maße gesteigert. Ein solches umgekehrtes Verhältnis zwischen realem Erlebnis und Erinnerung scheint aber die psychologische Bedingung einer Verdrängung zu enthalten. Das Sexualleben bietet — durch die Verspätung der Pubertätsreife gegen die psychischen Funktionen — die einzig vorkommende Möglichkeit für jene Umkehrung der relativen Wirksamkeit. Die Kindertraumen wirken nachträglich wie frische Erlebnisse, dann aber unbewußt. Weitergehende psychologische Erörterungen müßte ich auf ein anderes Mal verschieben. — Ich bemerke noch, daß die hier in Betracht kommende Zeit der „sexuellen Reifung“ nicht mit der Pubertät zusammenfällt, sondern vor dieselbe (achtes bis zehntes Jahr).

Zwangsvorstellungen haben gleichfalls ein sexuelles Kindererlebnis (anderer Natur als bei Hysterie) zur Voraussetzung. Die Ätiologie der beiden Abwehr-Neuropsychosen bietet nun folgende Beziehung zur Ätiologie der beiden einfachen Neurosen, Neurasthenie und Angstneurose. Die beiden letzteren Affektionen sind unmittelbare Wirkungen der sexuellen Noxen selbst, wie ich es in einem Ansätze über die Angstneurose 1895 dargelegt habe; die beiden Abwehrneurosen sind mittelbare Folgen sexueller Schädlichkeiten, die vor Eintritt der Geschlechtsreife eingewirkt haben, nämlich Folgen der psychischen Erinnerungsspuren an diese Noxen. Die aktuellen Ursachen, welche Neurasthenie und Angstneurose erzeugen, spielen häufig gleichzeitig die Rolle von erweckenden Ursachen für die Abwehrneurosen; andererseits können die spezifischen Ursachen der Abwehrneurose, die Kindertraumen, gleichzeitig den Grund für die später sich entwickelnde Neurasthenie legen. Endlich ist auch der Fall nicht selten, daß eine Neurasthenie oder Angstneurose anstatt durch aktuelle sexuelle Schädlichkeiten nur durch fortwirkende Erinnerung an Kindertraumen in ihrem Bestande erhalten wird.¹

II

Wesen und Mechanismus der Zwangsneurose

In der Ätiologie der Zwangsneurose haben sexuelle Erlebnisse der frühen Kinderzeit dieselbe Bedeutung wie bei Hysterie, doch handelt es sich hier nicht mehr um sexuelle Passivität, sondern

1) [*Zusatz 1924:*] Dieser Abschnitt steht unter der Herrschaft eines Irrtums, den ich seither wiederholt bekannt und korrigiert habe. Ich verstand es damals noch nicht, die Phantasien der Analysierten über ihre Kinderjahre von realen Erinnerungen zu unterscheiden. Infolgedessen schrieb ich dem ätiologischen Moment der Verführung eine Bedeutsamkeit und Allgemeingültigkeit zu, die ihm nicht zukommen. Nach der Überwindung dieses Irrtums eröffnete sich der Einblick in die spontanen Äußerungen der kindlichen Sexualität, die ich in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“, 1905, beschrieben habe. Doch ist nicht alles im obigen Text Enthaltene zu verwerfen; der Verführung bleibt eine gewisse Bedeutung für die Ätiologie gewahrt und manche psychologische Ausführungen halte ich auch heute noch für zutreffend.

um mit Lust ausgeführte Aggressionen und mit Lust empfundene Teilnahme an sexuellen Akten, also um sexuelle Aktivität. Mit dieser Differenz der ätiologischen Verhältnisse hängt es zusammen, daß bei der Zwangsneurose das männliche Geschlecht bevorzugt erscheint.

Ich habe übrigens in all meinen Fällen von Zwangsneurose einen Untergrund von hysterischen Symptomen gefunden, die sich auf eine der Lusthandlung vorhergehende Szene sexueller Passivität zurückführen ließen. Ich vermute, daß dieses Zusammenreffen ein gesetzmäßiges ist, und daß vorzeitige sexuelle Aggression stets ein Erlebnis von Verführung voraussetzt. Ich kann aber gerade von der Ätiologie der Zwangsneurose noch keine abgeschlossene Darstellung geben; es macht mir nur den Eindruck, als hinge die Entscheidung darüber, ob auf Grund der Kindertraumen Hysterie oder Zwangsneurose entstehen soll, mit den zeitlichen Verhältnissen der Entwicklung von Libido zusammen.

Das Wesen der Zwangsneurose läßt sich in einer einfachen Formel aussprechen: Zwangsvorstellungen sind jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Aktion der Kinderzeit beziehen. Zur Erläuterung dieses Satzes ist es notwendig, den typischen Verlauf einer Zwangsneurose zu beschreiben.

In einer ersten Periode — Periode der kindlichen Immoralität — fallen die Ereignisse vor, welche den Keim der späteren Neurose enthalten. Zuerst in frühester Kindheit die Erlebnisse sexueller Verführung, welche später die Verdrängung ermöglichen, sodann die Aktionen sexueller Aggression gegen das andere Geschlecht, welche später als Vorwurfshandlungen erscheinen.

Dieser Periode wird ein Ende bereitet durch den — oft selbst verführten — Eintritt der sexuellen „Reifung“. Nun knüpft sich an die Erinnerung jener Lustaktionen ein Vorwurf, und der Zusammenhang mit dem initialen Erlebnis von Passivität ermöglicht es — oft erst nach bewußter und erinnelter Anstrengung —

diesen zu verdrängen und durch ein primäres Abwehrsymptom zu ersetzen. Gewissenhaftigkeit, Seham, Selbstmißtrauen sind solche Symptome, mit denen die dritte Periode, die der scheinbaren Gesundheit, eigentlich der gelungenen Abwehr, beginnt.

Die nächste Periode, die der Krankheit, ist ausgezeichnet durch die Wiederkehr der verdrängten Erinnerungen, also durch das Mißglücken der Abwehr, wobei es unentschieden bleibt, ob die Erweckung derselben häufiger zufällig und spontan oder infolge aktueller sexueller Störungen gleichsam als Nebenwirkung derselben erfolgt. Die wiederbelebten Erinnerungen und die aus ihnen gebildeten Vorwürfe treten aber niemals unverändert ins Bewußtsein ein, sondern was als Zwangsvorstellung und Zwangsaffect bewußt wird, die pathogene Erinnerung für das bewußte Leben substituiert, sind Kompromißbildungen zwischen den verdrängten und den verdrängenden Vorstellungen.

Um die Vorgänge der Verdrängung, der Wiederkehr des Verdrängten und der Bildung der pathologischen Kompromißvorstellungen anschaulich und wahrscheinlich zutreffend zu beschreiben, müßte man sich zu ganz bestimmten Annahmen über das Substrat des psychischen Geschehens und des Bewußtseins entschließen. So lange man dies vermeiden will, muß man sich mit folgenden, eher bildlich verstandenen Bemerkungen bescheiden: Es gibt zwei Formen der Zwangsneurose, je nachdem allein der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung sich den Eingang ins Bewußtsein erzwingt oder auch der an sie geknüpfte Vorwurfsaffect. Der erstere Fall ist der der typischen Zwangsvorstellungen, bei denen der Inhalt die Aufmerksamkeit des Kranken auf sich zieht, als Affect nur eine unbestimmte Unlust empfunden wird, während zum Inhalt der Zwangsvorstellung nur der Affect des Vorwurfs passen würde. Der Inhalt der Zwangsvorstellung ist gegen den der Zwangshandlung im Kindesalter in zweifacher Weise entstellt: erstens, indem etwas Aktuelles an die Stelle des Vergangenen gesetzt ist, zweitens, indem das Sexuelle durch Analoges, nicht

Sexuelles, substituiert wird. Diese beiden Abänderungen sind die Wirkung der immer noch in Kraft stehenden Verdrängungsneigung, die wir dem „Ich“ zuschreiben wollen. Der Einfluß der wiederbelebten pathogenen Erinnerung zeigt sich darin, daß der Inhalt der Zwangsvorstellung noch stückweise mit dem Verdrängten identisch ist oder sich durch korrekte Gedankenfolge von ihm ableitet. Rekonstruiert man mit Hilfe der psychoanalytischen Methode die Entstehung einer einzelnen Zwangsvorstellung, so findet man, daß von einem aktuellen Eindrücke aus zwei verschiedene Gedankengänge angeregt worden sind; der eine davon, der über die verdrängte Erinnerung gegangen ist, erweist sich als ebenso korrekt logisch gebildet wie der andere, obwohl er bewußtseinsunfähig und unkorrigierbar ist. Stimmen die Resultate der beiden psychischen Operationen nicht zusammen, so kommt es nicht etwa zur logischen Ausgleichung des Widerspruches zwischen beiden, sondern neben dem normalen Denkergebnisse tritt als Kompromiß zwischen dem Widerstande und dem pathologischen Denkresultate eine absurd erscheinende Zwangsvorstellung ins Bewußtsein. Wenn die beiden Gedankengänge den gleichen Schluß ergeben, verstärken sie einander, so daß ein normal gewonnenes Denkresultat sich nun psychologisch wie eine Zwangsvorstellung verhält. Wo immer neurotischer Zwang im Psychischen auftritt, rührt er von Verdrängung her. Die Zwangsvorstellungen haben sozusagen psychischen Zwangskurs nicht wegen ihrer eigenen Geltung, sondern wegen der Quelle, aus der sie stammen, oder die zu ihrer Geltung einen Beitrag geliefert hat.

Eine zweite Gestaltung der Zwangsneurose ergibt sich, wenn nicht der verdrängte Erinnerungsinhalt, sondern der gleichfalls verdrängte Vorwurf eine Vertretung im bewußten psychischen Leben erzwingt. Der Vorwurfsaffekt kann sich durch einen psychischen Zusatz in einen beliebigen anderen Unlustaffekt verwandeln; ist dies geschehen, so steht dem Bewußtwerden des substituierenden Affekts nichts mehr im Wege. So verwandelt

sich Vorwurf (die sexuelle Aktion im Kindesalter vollführt zu haben) mit Leichtigkeit in Scham (wenn ein anderer davon erführe), in hypochondrische Angst (vor den körperlich schädigenden Folgen jener Vorwurfshandlung), in soziale Angst (vor der gesellschaftlichen Ahndung jenes Vergehens), in religiöse Angst, in Beachtungswahn (Furcht, daß man jene Handlung anderen verrate), in Versuchungsangst (berechtigtes Mißtrauen in die eigene moralische Widerstandskraft) u. dgl. Dabei kann der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung im Bewußtsein mitvertreten sein oder gänzlich zurückstehen, was die diagnostische Erkennung sehr erschwert. Viele Fälle, die man bei oberflächlicher Untersuchung für gemeine (neurasthenische) Hypochondrie hält, gehören zu dieser Gruppe der Zwangsaffekte, insbesondere die sogenannte „periodische Neurasthenie“ oder „periodische Melancholie“ scheint in ungeahnter Häufigkeit sich in Zwangsaffekte und Zwangsvorstellungen aufzulösen, eine Erkennung, die therapeutisch nicht gleichgültig ist.

Neben diesen Komproñißsymptomen, welche die Wiederkehr des Verdrängten und somit ein Scheitern der ursprünglich erzielten Abwehr bedeuten, bildet die Zwangsneurose eine Reihe weiterer Symptome von ganz anderer Herkunft. Das Ich sucht sich nämlich jener Abkömmlinge der initial verdrängten Erinnerung zu erwehren und schafft in diesem Abwehrkampfe Symptome, die man als „sekundäre Abwehr“ zusammenfassen könnte. Es sind dies durchwegs „Schutzmaßregeln“, die bei der Bekämpfung der Zwangsvorstellungen und Zwangsaffekte gute Dienste geleistet haben. Gelingt es diesen Hilfen im Abwehrkampfe wirklich, die dem Ich aufgedrängten Symptome der Wiederkehr neuerdings zu verdrängen, so überträgt sich der Zwang auf die Schutzmaßregeln selbst und schafft eine dritte Gestaltung der „Zwangsneurose“, die Zwangshandlungen. Niemals sind diese primär, niemals enthalten sie etwas anderes als eine Abwehr, nie eine Aggression; die psychische Analyse weist von ihnen nach,

daß sie — trotz ihrer Sonderbarkeit — durch Zurückführung auf die Zwangserinnerung, die sie bekämpfen, jedesmal voll aufzuklären sind.¹

Die sekundäre Abwehr der Zwangsvorstellungen kann erfolgen durch gewaltsame Ablenkung auf andere Gedanken möglichst konträren Inhaltes; daher im Falle des Gelingens der Grübelzwang, regelmäßig über abstrakte, übersinnliche Dinge, weil die verdrängten Vorstellungen sich immer mit der Sinnlichkeit beschäftigten. Oder der Kranke versucht, jeder einzelnen Zwangs-idee durch logische Arbeit und Berufung auf seine bewußten Erinnerungen Herr zu werden; dies führt zum Denk- und Prüfungszwange und zur Zweifelsucht. Der Vorzug der Wahrnehmung vor der Erinnerung bei diesen Prüfungen veranlaßt den Kranken zuerst und zwingt ihn später, alle Objekte, mit denen er in Berührung getreten ist, zu sammeln und aufzubewahren. Die sekundäre Abwehr gegen die Zwangsaffecte ergibt eine noch größere Reihe von Schutzmaßregeln, die der Verwandlung in Zwangshandlungen fähig sind. Man kann dieselben nach ihrer

1) Ein Beispiel anstatt vieler: Ein elfjähriger Knabe hatte sich folgendes Zeremoniell vor dem Zubettgehen zwangsartig eingerichtet: Er schlief nicht eher ein, als bis er seiner Mutter alle Erlebnisse des Tages haarklein vorerzählt hatte; auf dem Teppich des Schlafzimmers durfte abends kein Papierschnitzelchen und kein anderer Unrat zu finden sein; das Bett mußte ganz an die Wand angerückt werden, drei Stühle davorstehen, die Polster in ganz bestimmter Weise liegen. Er selbst mußte, um einzuschlafen, zuerst eine gewisse Anzahl von Malen mit beiden Beinen stoßen und sich dann auf die Seite legen. — Das klärte sich folgendermaßen auf: Jahre vorher hatte es sich zugetragen, daß ein Dienstmädchen, welches den schönen Knaben zu Bette bringen sollte, die Gelegenheit benützte, um sich dann über ihn zu legen und ihn sexuell zu mißbrauchen. Als dann später einmal diese Erinnerung durch ein rezentes Erlebnis geweckt wurde, gab sie sich dem Bewußtsein durch den Zwang zu obigem Zeremoniell kund, dessen Sinn leicht zu erraten war und im einzelnen durch die Psychoanalyse festgestellt wurde: Sessel vor dem Bett und dieses an die Wand gerückt — damit niemand mehr zum Bett Zugang haben könne; Polster in einer gewissen Weise geordnet — damit sie anders geordnet seien als an jenem Abend; die Bewegungen mit den Beinen — Wegstoßen der auf ihm liegenden Person; Schlafen auf der Seite — weil er bei der Szene auf dem Rücken gelegen; die ausführliche Beichte vor der Mutter — weil er diese und andere sexuelle Erlebnisse infolge von Verbot der Verführerin ihr verschwiegen hatte; endlich Reinhaltung des Bodens im Schlafzimmer — weil dies der Hauptvorwurf war, den er bis dahin von der Mutter hatte hinnehmen müssen.

Tendenz gruppieren: Maßregeln der Buße (lästiges Zeremoniell, Zahlenbeobachtung), der Vorbeugung (allerlei Phobien, Aberglauben, Pedanterie, Steigerung des Primärsymptoms der Gewissenhaftigkeit), der Furcht vor Verrat (Papiersammeln, Menschen-scheu), der Betäubung (Dipsomanie). Unter diesen Zwangshandlungen und -impulsen spielen die Phobien als Existenzbeschränkungen des Kranken die größte Rolle.

Es gibt Fälle, in welchen man beobachten kann, wie sich der Zwang von der Vorstellung oder vom Affekt auf die Maßregel überträgt; andere, in denen der Zwang periodisch zwischen dem Wiederkehrsymptome und dem Symptom der sekundären Abwehr oszilliert; aber daneben noch Fälle, in denen überhaupt keine Zwangsvorstellung gebildet, sondern die verdrängte Erinnerung sogleich durch die scheinbar primäre Abwehrmaßregel vertreten wird. Hier wird mit einem Sprunge jenes Stadium erreicht, welches sonst erst nach dem Abwehrkampf den Verlauf der Zwang-neurose abschließt. Schwere Fälle dieser Affektion enden mit der Fixierung von Zeremoniellhandlungen, allgemeiner Zweifelsucht oder einer durch Phobien bedingten Sonderlingsexistenz.

Daß die Zwangsvorstellung und alles von ihr Abgeleitete keinen Glauben findet, rührt wohl daher, daß bei der ersten Verdrängung das Abwehrsymptom der Gewissenhaftigkeit gebildet worden ist, das gleichfalls Zwangsgeltung gewonnen hat. Die Sicherheit, in der ganzen Periode der gelungenen Abwehr moralisch gelebt zu haben, macht es unmöglich, dem Vorwurfe, welchen ja die Zwangsvorstellung involviert, Glauben zu schenken. Nur vorübergehend beim Auftreten einer neuen Zwangsvorstellung und hie und da bei melancholischen Erschöpfungszuständen des Ichs erzwingen die krankhaften Symptome der Wiederkehr auch den Glauben. Der „Zwang“ der hier beschriebenen psychischen Bildungen hat ganz allgemein mit der Anerkennung durch den Glauben nichts zu tun, und ist auch mit jenem Moment, das man als „Stärke“ oder „Intensität“ einer Vorstellung bezeichnet,

nicht zu verwechseln. Sein wesentlicher Charakter ist vielmehr die Unauflösbarkeit durch die bewußtseinsfähige psychische Tätigkeit, und dieser Charakter erfährt keine Änderung, ob nun die Vorstellung, an der der Zwang haftet, stärker oder schwächer, intensiver oder geringer „beleuchtet“, „mit Energie besetzt“ wird u. dgl.

Ursache dieser Unangreifbarkeit der Zwangsvorstellung oder ihrer Derivate ist aber nur ihr Zusammenhang mit der verdrängten Erinnerung aus früher Kindheit, denn wenn es gelungen ist, diesen bewußt zu machen, wofür die psychotherapeutischen Methoden bereits auszureichen scheinen, dann ist auch der Zwang gelöst.

III

Analyse eines Falles von chronischer Paranoia¹

Seit längerer Zeit schon hege ich die Vermutung, daß auch die Paranoia — oder Gruppen von Fällen, die zur Paranoia gehören — eine Abwehrpsychose ist, d. h. daß sie wie Hysterie und Zwangsvorstellungen hervorgeht aus der Verdrängung peinlicher Erinnerungen, und daß ihre Symptome durch den Inhalt des Verdrängten in ihrer Form determiniert werden. Eigentümlich müsse der Paranoia ein besonderer Weg oder Mechanismus der Verdrängung sein, etwa wie die Hysterie die Verdrängung auf dem Wege der Konversion in die Körperinnervation, die Zwangneurose durch Substitution (Verschiebung längs gewisser assoziativer Kategorien) bewerkstelligt. Ich beobachtete mehrere Fälle, die dieser Deutung günstig waren, hatte aber keinen gefunden, der sie erwies, bis mir durch die Güte des Herrn Dr. J. Breuer vor einigen Monaten ermöglicht wurde, den Fall einer intelligenten zweiunddreißigjährigen Frau, dem man die Bezeichnung als chronische Paranoia nicht wird versagen können, in therapeutischer Absicht einer Psychoanalyse zu unterziehen. Ich berichte schon

1) [Zusatz 1924:] Wohl richtiger *Dementia paranoides*.

hier über einige bei dieser Arbeit gewonnene Aufklärungen, weil ich keine Aussicht habe, die Paranoia anders als in sehr vereinzelt Beispielen zu studieren, und weil ich es für möglich halte, daß diese Bemerkungen einen hierin günstiger gestellten Psychiater veranlassen könnten, in der jetzt so regen Diskussion über Natur und psychischen Mechanismus der Paranoia das Moment der „Abwehr“ zu seinem Rechte zu bringen. Natürlich liegt es mir fern, mit der nachstehenden einzigen Beobachtung etwas anderes sagen zu wollen, als: dieser Fall ist eine Abwehrpsychose, und es dürfte in der Gruppe „Paranoia“ noch andere geben, die es gleichfalls sind.

Frau P., zweiunddreißig Jahre alt, seit drei Jahren verheiratet, Mutter eines zweijährigen Kindes, stammt von nicht nervösen Eltern; ihre beiden Geschwister kenne ich aber als gleichfalls neurotisch. Es ist zweifelhaft, ob sie nicht einmal in der Mitte der Zwanzigerjahre vorübergehend deprimiert und in ihrem Urteile beirrt war; in den letzten Jahren war sie gesund und leistungsfähig, bis sie ein halbes Jahr nach der Geburt ihres Kindes die ersten Anzeichen der gegenwärtigen Erkrankung erkennen ließ. Sie wurde verschlossen und mißtrauisch, zeigte Abneigung gegen den Verkehr mit den Geschwistern ihres Mannes und klagte, daß die Nachbarn in der kleinen Stadt sich anders als früher, unhöflich und rücksichtslos gegen sie benähmen. Allmählich steigerten sich diese Klagen an Intensität, wenn auch nicht an Bestimmtheit: man habe etwas gegen sie, obwohl sie keine Ahnung habe, was es sein könne. Aber es sei kein Zweifel, alle — Verwandte wie Freunde — versagten ihr die Achtung, täten alles, sie zu kränken. Sie zerbreche sich den Kopf, woher das komme; wisse es nicht. Einige Zeit später klagte sie, daß sie beobachtet werde, man ihre Gedanken errate, alles wisse, was bei ihr im Hause vorgehe. Eines Nachmittags kam ihr plötzlich der Gedanke, man beobachte sie abends beim Auskleiden. Von nun an wendete sie beim Auskleiden die kompliziertesten Vorsichtsmaßregeln an, schlüpfte im Dunkeln ins Bett und entkleidete sich erst unter der Decke. Da sie jedem Verkehr auswich, sich schlecht nährte und sehr verstimmt war, wurde sie im Sommer 1895 in eine Wasserheilanstalt geschickt. Dort traten neue Symptome auf und verstärkten sich schon vorhandene. Schon im Frühjahr hatte sie plötzlich eines Tages, als sie mit ihrem Stubenmädchen allein war, eine Empfindung im Schoße bekommen und sich dabei gedacht, das Mädchen habe jetzt einen unanständigen Ge-

danken. Diese Empfindung wurde im Sommer häufiger, nahezu kontinuierlich, sie spürte ihre Genitalien, „wie man eine schwere Hand spürt“. Dann fing sie an, Bilder zu sehen, über die sie sich entsetzte, Halluzinationen von weiblichen Nacktheiten, besonders einen entblößten weiblichen Schoß mit Behaarung; gelegentlich auch männliche Genitalien. Das Bild des behaarten Schoßes und die Organempfindung im Schoße kamen meist gemeinsam. Die Bilder wurden sehr quälend für sie, da sie dieselben regelmäßig bekam, wenn sie in Gesellschaft einer Frau war und daran die Deutung sich anschloß, sie sehe jetzt die Frau in unanständigster Blöße, aber im selben Moment habe die Frau dasselbe Bild von ihr (!). Gleichzeitig mit diesen Gesichtshalluzinationen — die nach ihrem ersten Auftreten in der Heilanstalt für mehrere Monate wieder verschwanden — fingen Stimmen an, sie zu belästigen, die sie nicht erkannte und sich nicht zu erklären wußte. Wenn sie auf der Straße war, hieß es: Das ist die Frau P. — Da geht sie. Wo geht sie hin? — Man kommentierte jede ihrer Bewegungen und Handlungen, gelegentlich hörte sie Drohungen und Vorwürfe. Alle diese Symptome wurden ärger, wenn sie in Gesellschaft oder gar auf der Straße war; sie verweigerte darum auszugehen, erklärte dann, sie habe Ekel vor dem Essen und kam rasch herunter.

Dies erfuhr ich von ihr, als sie im Winter 1895 nach Wien in meine Behandlung kam. Ich habe es ausführlich dargestellt, um den Eindruck zu erwecken, daß es sich hier wirklich um eine recht häufige Form von chronischer Paranoia handle, zu welchem Urteil die noch später anzuführenden Details der Symptome und ihres Verhaltens stimmen werden. Wahnbildungen zur Deutung der Halluzinationen verbarg sie mir damals oder sie waren wirklich noch nicht vorgefallen; ihre Intelligenz war unvermindert; als auffällig wurde mir nur berichtet, daß sie ihrem in der Nachbarschaft lebenden Bruder wiederholt Rendezvous gegeben, um ihm etwas anzuvertrauen, ihm aber nie etwas mitgeteilt habe. Sie sprach nie über ihre Halluzinationen und zuletzt auch nicht mehr viel über die Kränkungen und Verfolgungen, unter denen sie litt.

Was ich nun von dieser Kranken zu berichten habe, betrifft die Ätiologie des Falles und den Mechanismus der Halluzinationen.