

VI. Allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie in Dresden vom 14.—17. Mai 1931.

Bericht von *Kankeleit*, Hamburg.

Der VI. Allgemeine Ärztliche Kongreß für Psychotherapie tagte unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *E. Kretschmer*-Marburg. In einer Ansprache beglückwünschte der Vorsitzende Prof. *Freud* zu seinem 75. Geburtstage. Er hob hervor, daß die Welt sich gerade in diesen Tagen wieder den Gedankengängen zuwende, die *Freud* eröffnet habe. Die Psychoanalyse sei, gewollt oder ungewollt, in das Bewußtsein der Menschen übergegangen, deren Beziehung zueinander und zu den Dingen würden weitgehend von ihr beeinflußt. Auch die Kongresse für Psychotherapie verdanken viel Anregung und Inhalt den Gedankengängen, die von *Freuds* Lebenswerk ausgegangen sind. Dies müsse zum 75. Geburtstag *Freuds* dankbar und offen ausgesprochen werden.

Danach widmete Prof. Dr. *Kretschmer* herzliche und anerkennende Worte dem verstorbenen Vorstandsmitgliede, Herrn Prof. Dr. *Trömmel*-Hamburg, der kurz nach dem V. psychotherapeutischen Kongreß in Baden-Baden am 27. Mai 1930 an einer schweren Lungenentzündung gestorben ist.

Schließlich gab Prof. Dr. *Kretschmer* seiner Befriedigung Ausdruck, daß trotz der Schwere der Zeit so zahlreiche Kongreßteilnehmer auch aus dem Ausland dem Ruf nach Dresden gefolgt seien.

I. Psychologische Referate.

W. M. Kranefeldt (Berlin): Referat über *C. G. Jungs* Vortrag: „Die praktische Verwendbarkeit der Traumanalyse.“

Die therapeutische Verwendbarkeit der Traumanalyse ist ein noch sehr umstrittenes Thema. Viele halten Traumanalysen in der praktischen Neurosebehandlung für unerläßlich, andere bestreiten ihre Wichtigkeit und halten den Traum für ein unerhebliches seelisches Nebenprodukt. Wer immer dem Unbewußten in der Ätiologie der Neurosen eine ausschlaggebende Rolle zumißt, muß den Traum für bedeutsam ansehen. Auf die seelische Tatsache des Unbewußten ist von Denkern aller Zeiten hingewiesen worden: *Kants* „unermeßliches Feld der dunklen Vorstellungen“, *Leibniz*, *Carus*, *Janet*, *Flournoy*, *Freud* usw. Eine Diskussion über die Verwendbarkeit der Traumanalyse ist nur möglich auf Grundlage der Anerkennung des Unbewußten — ohne welche der Traum

bloß ein Konglomerat zerbröckelter Tagesreste bliebe. Wem die Hypothese des Unbewußten unannehmbar erscheint, für den gibt es keine Frage der Verwendbarkeit der Traumanalyse zum Zwecke der Auffindung und Bewußtmachung bisher unbewußter Inhalte.

Auf Grund einer Hypothese des Unbewußten und seiner ätiologischen Bedeutung, ist der Versuch einer Analyse und Deutung von Träumen als unmittelbarer Äußerung unbewußter seelischer Tätigkeit zunächst wissenschaftlich gerechtfertigt. Wir dürfen einen Einblick in die Struktur der seelischen Ätiologie erwarten, von einer etwaigen therapeutischen Wirkung ganz abgesehen.

Bekanntlich steht die *Freudsche* Schule auf dem Standpunkt, daß die völlige Bewußtmachung unbewußter ätiologischer Faktoren auch von größter therapeutischer Bedeutung sei. Nach *Jung* sind es besonders Initialträume — Träume aus dem unmittelbaren Beginn der Behandlung — die nicht selten den ätiologisch wesentlichen usw. Faktor unmißverständlich ans Licht heben.

Beispiel: Ein Mann in führender Stellung konsultiert *Jung* wegen Ängstlichkeit, Unsicherheit, Schwindel, gelegentlich bis zum Erbrechen, Benommenheit des Kopfes, Atembeklemmung. Der Zustand erinnert an die Symptome der Bergkrankheit. Der Patient hat eine außerordentlich erfolgreiche Karriere hinter sich. Sohn eines armen Bauern, stieg er durch großen Fleiß und Begabung von Stufe zu Stufe und hatte jetzt eigentlich das Sprungbrett erreicht, von wo er den Flug ins Weite hätte antreten können, wenn nicht „gerade jetzt (!)“ die Neurose dazwischengetreten wäre. Die Symptomatologie der Bergkrankheit schien besonders geeignet, die eigentümliche Situation des Patienten drastisch darzustellen.

Der Patient brachte 2 Träume in der letzten Nacht zur Konsultation mit. Der erste lautet: „Ich bin wieder in dem kleinen Dorf, wo ich geboren bin; auf der Straße stehen einige Bauernjungen zusammen, die mit mir zur Schule gegangen sind. Ich tue so als ob ich sie nicht kenne und gehe an ihnen vorüber. Da höre ich, wie einer von ihnen sagt, auf mich deutend: Der kommt auch nicht oft in unser Dorf zurück. Der Traum enthält offensichtlich einen Hinweis auf den bescheidenen Ausgangspunkt der Karriere des Träumers und will etwa sagen: „Du vergisdest, wie tief unten du begonnen hast.“

Der zweite Traum: „Ich bin in größter Hast, da ich verreisen will. Ich suche noch mein Gepäck zusammen, finde nichts. Die Zeit eilt, der Zug wird bald abfahren. Endlich gelingt es mir, meine Siebensachen zusammenzukriegen, ich eile auf die Straße, entdecke, daß ich eine Mappe mit wichtigen Schriftstücken vergessen habe, eile atemlos zurück, finde sie endlich, renne zum Bahnhof, komme aber kaum vorwärts. Mit letzter Anstrengung stürze ich auf den Bahnsteig, als eben der Zug aus der Halle hinausfährt. Er fährt in einer merkwürdigen S-förmigen Kurve, ist sehr lang und ich denke, wenn der Lokomotivführer nun

nicht aufpaßt und Volldampf gibt, sobald er die große Strecke erreicht, dann sind die hinteren Wagen des Zuges noch in der Kurve und werden durch die Beschleunigung aus dem Gleise geworfen. Tatsächlich gibt der Lokomotivführer Volldampf, ich versuche zu schreien, die hinteren Wagen schwanken entsetzlich und werden nun wirklich aus dem Geleise geworfen. Es ist eine furchtbare Katastrophe. Ich erwache mit Angst.“ Weil also der Führer rücksichtslos weiterfährt, entsteht hinten die Neurose, das Schwanken, die Entgleisung! Der Patient hat offenbar im gegenwärtigen Augenblick seines Lebens den Höhepunkt erreicht, die Mühen des Aufstiegs aus niedriger Herkunft haben seine Kräfte erschöpft, er sollte sich mit dem Erreichten begnügen. Als ihn der Ehrgeiz weiter treibt, in eine zu dünne Luft, an die er nicht angepaßt ist, erreicht ihn die warnende Neurose.

Was durch die Anamnese vermutet werden könnte: die Bergkrankheitssymptome als symbolische Darstellung des Nicht-mehr-weitersteigen-Könnens wird durch die Träume bestätigt. Der Patient, der die Behandlung nicht fortsetzen konnte und sich auch die Auffassung über seine Lage nicht zu eigen machen wollte, nahm die Entwicklung, wie sie im Traum skizziert ist: er entgleiste beruflich völlig, die Katastrophe wurde Wirklichkeit.

Hier stoßen wir auf ein für die Verwendbarkeit der Traumanalyse höchst bedeutsames Faktum: Der Traum schildert die innere Situation des Träumers, deren Wahrheit und Wirklichkeit das Bewußtsein gar nicht oder nur widerwillig anerkennt. Bewußt scheint keinerlei Grund vorhanden, nicht weiter zu gehen, im Gegenteil, das Bewußtsein will weiter, und warum sollten nicht alle Schwierigkeiten auch in diesem Falle zu überwinden sein? Von der bloßen Anamnese aus, also nur mit bewußtem Material, ist darüber eine Entscheidung auch nicht möglich. Hier gibt der Traum erst Aufschluß, als Äußerung eines unwillkürlichen seelischen Prozesses, der die innere Lage so darstellt wie sie ist, nicht wie man sie gern haben möchte. *Jung* macht es sich daher zur Regel, Träume zunächst so zu betrachten wie physiologische Äußerungen. Tritt z. B. Zucker im Urin auf, so ist Zucker im Urin — nicht Eiweiß oder sonst etwas ... *Jung* faßt also den Traum als diagnostisch verwertbare Tatsache auf. Der Traum hat also nicht nur Einblick gegeben in die Ätiologie der Neurose, sondern enthält auch etwas von der Prognose und zeigt überdies sogar unmittelbar, wo die Therapie einzusetzen hat.

Nicht immer freilich enthalten Initialträume so deutliche Hinweise auf die Ätiologie. Es gibt eine Menge, in denen keine Spur eines ätiologischen Momentes zu erkennen ist. Denn es gibt Fälle von Neurosen, deren wirkliche Ätiologie mehr oder weniger belanglos ist.

In der Annahme, daß die Bewußtmachung des ätiologischen Faktors therapeutisch unerläßlich sei, steckt nämlich noch ein gutes Stück alter Traumatheorie. Zwar sind viele Neurosen traumatogen, nicht aber

alle sind verursacht im Sinne von ausschlaggebenden Kindheitserlebnissen. Diese Auffassung verführt den Arzt, die kausalistische Fragestellung zu überschätzen und jahrelang nach einem unmöglichen Kindheits-erlebnis zu forschen unter handgreiflicher Vernachlässigung von Dingen, die unmittelbar wichtig für den Patienten wären.

Die kausalistische Auffassung wird weder dem Wesen des Traumes noch dem der Neurose gerecht. Die Fragestellung, die den Traum nur zur Auffindung des ätiologischen Faktors benutzen möchte, übersieht den größeren Teil der Traumleistung.

Manche Initialträume behandeln nicht die Ätiologie, sondern die Frage der Einstellung zum Arzt. Dafür drei Träume derselben Patientin als Beispiel. Sie wurden im Anfang der Behandlung bei drei verschiedenen Analytikern geträumt.

Der erste Traum — beim Analytiker Nr. 1 — lautet: „Ich sollte die Landesgrenze überschreiten, finde sie aber nirgends und niemand kann mir sagen, wo die Grenze ist.“ — Der zweite Traum, beim Analytiker Nr. 2, lautet: „Ich sollte die Grenze überschreiten. Es ist finstere Nacht, ich kann das Zollhaus nicht finden. Ich entdecke nach längerem Suchen ein kleines Licht in größerer Entfernung und vermute, daß dort die Grenze sei. Um aber dorthin zu gelangen, muß ich ein Tal durchschreiten und einen finsternen Wald, in dem ich die Orientierung verliere. Da merke ich, daß jemand zugegen ist. Dieser klammert sich plötzlich wie ein Verrückter an mich und ich erwache mit Angst.“ — Diese Behandlung wurde nach einigen Wochen abgebrochen, weil eine psychische Identität von Analytiker und Analysandin eintrat, die eine völlige Desorientierung veranlaßte.

Der dritte Traum trat in *Jungs* Behandlung auf. „Ich muß eine Grenze überschreiten, d. h. ich habe sie schon überschritten und befinde mich in einem schweizerischen Zollhaus. Ich habe nur eine Handtasche und glaube nichts verzollen zu müssen. Der Zollwächter greift aber in meine Tasche und zieht zu meinem Erstaunen zwei ganze Matratzen heraus.“ Die Patientin hat während der Behandlung bei *Jung* geheiratet, wogegen erst die heftigsten Widerstände bestanden. Alle drei Träume antizipieren die bei dem betreffenden Arzt zu erwartenden Schwierigkeiten. Bei rein kausalistischer Auffassung würden sie ihren eigentlichen Sinn verlieren. Sie informieren über die analytische Lage, was therapeutisch von größtem Belang ist. Der erste Arzt leitete in richtiger Erkenntnis der Lage die Patientin an den zweiten Arzt weiter, bei dem die Patientin dann selbst ihre Schlüsse aus dem Traum zog und freiwillig ging. Initialträume sind oft erstaunlich und durchsichtig. Später verlieren die Träume ihren klaren Charakter. Behalten sie ihn aber bei, so kann man sicher sein, daß ein wesentlicher Teil der Persönlichkeit in der Analyse nicht berührt wurde. Werden die Träume undurchsichtig, so heißt das zunächst, daß der Arzt die Situation nicht mehr übersieht. Denn an sich sind die

Träume genau so, wie sie unter den momentanen Bedingungen sein müssen. Der Arzt sollte daher nicht die Träume der Verworrenheit oder den Patienten eines absichtlichen Widerstandes anklagen, sondern den Befund als Anzeichen eines nunmehr einsetzenden Nichtverstehens auffassen — gleichwie ein Psychiater, der einen Kranken „verwirrt“ nennt, dies als eine Projektion seines eigenen Nichtverstehens erkennen müßte, da er in Wirklichkeit durch das eigentümliche Verhalten des Kranken in seinem Verständnis verwirrt wird.

Therapeutisch ist es von größter Wichtigkeit, das eigene Nichtverstehen beizeiten einzusehen, denn es ist dem Patienten unzutraglich, immer „verstanden“ zu werden, der sich nur allzusehr auf das Können des Arztes verläßt und ihn vielleicht mit seiner professionellen Eitelkeit hineinlegt. Hier kann der Grund zu hartnäckigen Übertragungen und Verzögerungen des Heilerfolges liegen.

Wo nur der Arzt versteht, der Patient aber nicht, kann man ruhig von Nichtverstehen reden — mag man immerhin den Patienten der Widerstände zeihen. Es kommt alles darauf an, daß der Patient versteht. Das Verständnis sollte daher ein Einverständnis sein, denn bei einseitigem Verstehen besteht die Gefahr, daß der Arzt sich ein Urteil über den Traum bildet, das irgendeiner Theorie entspricht, ja das sogar fundamental „richtig“ sein mag. Erreicht es aber nicht das freiwillige Einverständnis des Patienten, so ist es praktisch dennoch unrichtig, schon deshalb, weil es die Entwicklung des Patienten antizipiert und dadurch lähmt. Der Patient muß nicht von seiner Wahrheit belehrt werden, sondern sich zu dieser Wahrheit entwickeln.

Wo die Deutung bloß in Übereinstimmung steht mit einer Theorie, so beruht Verständnis bzw. Heilerfolg wesentlich auf Suggestion. Diese aber hat ihre nur allzu bekannten Grenzen, überdies aber ist sie der Selbständigkeit des Charakters abträglich. Analytische Behandlung fußt auf dem Glauben an Sinn und Wert der Bewußtmachung, bewußten Entscheides und der Kritik über bisher unbewußte Persönlichkeitsteile. Das bedeutet eine Provokation der ethischen Funktion, womit auch das Ganze der Persönlichkeit auf den Plan gerufen wird. Demgegenüber ist die Suggestion eine Art Zaubermittel, das im Dunkeln wirkt und niemals einen ethischen Anspruch an die Persönlichkeit stellt. Sie ist mit dem analytischen Prinzip unvereinbar, kann aber natürlich nur vermieden werden, wo ihre Möglichkeit dem Arzt bewußt wird. Unbewußt bleibt ja noch genug suggestive Wirkung übrig. Wer bewußte Suggestion vermeiden will, muß also eine Traumdeutung so lange als ungültig ansehen, bis jene Formel gefunden ist, die das Einverständnis des Patienten erreicht.

Daher sollte auch der Arzt undurchsichtige Träume betrachten als Information über Bedingungen unbekannter Natur, über die er so viel zu lernen hat, wie der Patient. Er sollte gewillt sein, in solchen Fällen

eine ganz neue Traumtheorie zu entdecken. Die Seele hat eine Tages- und eine Nachtseite. Wie es im Bewußtsein nicht nur Wünsche und Befürchtungen gibt, so verfügt die Traumseele vielleicht noch über einen viel größeren Reichtum an Inhalt und Lebensmöglichkeiten als das Bewußtsein, dessen essentielle Natur Einschränkung und Ausschließlichkeit ist.

Man wird auch deshalb den Sinn von Träumen nicht doktrinär beschränken dürfen, weil sich nicht selten der Träumer den jeweiligen theoretischen Jargon des Arztes unbewußt aneignet. Es gibt keine Sprache, die nicht mißbraucht werden könnte, mit der man nicht hinters Licht geführt würde.

Trotzdem kann man nicht gänzlich von Theorie absehen. Es ist z. B. theoretische Erwartung, daß der Traum überhaupt einen Sinn habe, was sich keineswegs immer beweisen läßt. Eine weitere Theorie ist, daß der Traum der bewußten Erkenntnis etwas Wesentliches zufüge und ein Traum, der dies nicht tut, ungenügend gedeutet sei. Alle weiteren Hypothesen sind aber Handwerksregeln, die beständiger Modifikation zugänglich sein müssen. Der Boden, auf dem man sich bewegt, ist trügerisch. Unsicherheit das einzig Sichere.

Beim undurchsichtigen Traum handelt es sich zunächst um sorgfältige Herstellung des Kontextes. Also kein uferlos „freies Assoziieren“, sondern Ableuchten derjenigen Verbindungen, die objektiv um ein Traumbild gruppiert sind. Viele Patienten haben, wie der Arzt, oft die Neigung, sofort zu verstehen und deuten zu wollen, besonders wenn sie durch eine mißratene Analyse „vorgebildet“, d. h. verbildet worden sind. Sie assoziieren theoretisch, d. h. verstehend und deutend und wollen sofort hinter den Traum kommen. Aber der Traum ist keine bloße Fassade. Was *Freud* „Traumfassade“ nennt, ist die Undurchsichtigkeit des Traumes, also in Wirklichkeit eine Projektion des Nichtverstehens. Nur darum spricht man von „Fassade“. Der Traum ist ein unverständlicher Text, den man lesen lernen muß. Mit dem „freien Assoziieren“ kommt man nicht ans Ziel, so wenig wie man damit eine hettitsche Inschrift entziffern könnte. Damit kommt man nur auf die Komplexe, wozu man aber keinen Traum als Anlaß braucht. Das bringt eine Verbotstafel oder ein Satz aus der Zeitung auch zustande. Um den Traumsinn zu erhalten, muß ich mich möglichst eng an die Traumbilder halten, unter Umständen eine Beschreibung des betreffenden Gegenstandes versuchen, die von der sprachlichen Kennzeichnung absieht. *Jung* pflegt seinen Patienten etwa zu sagen: „Nehmen Sie mal an, ich wüßte überhaupt nicht, was die Worte „Tannener Tisch“ bedeuten und geben Sie mir nun eine solche Beschreibung, bis ich schließlich begreife, was das für ein Gegenstand ist.“ Auf diese Weise wird die Stockung der Assoziation überwunden, und es gelingt, den gesamten Kontext des Traumbildes annähernd festzustellen.

Eine relative Sicherheit erreicht die Traumdeutung meist erst in der Traumserie, in der die nachfolgenden Träume Irrtümer in der Deutung der vorausgehenden berichtigen. Die zugrunde liegenden Motive lassen sich aus der Traumserie viel besser erkennen. Der Patient wird daher angehalten, über Träume und Deutung sorgfältig Buch zu führen, auch das Kontextmaterial schon aufgeschrieben zur Stunde mitzubringen bzw. Deutungen auszuarbeiten, um allmählich auch ohne Hilfe mit dem Unbewußtsein richtig zu verfahren.

Unter „Assimilation“ unbewußter Inhalte ans Bewußtsein ist nämlich nicht Umdeutung und Umbiegung unbewußter Inhalte durch das Bewußtsein gemeint, sondern gegenseitige Durchdringung. Das Unbewußtsein ist kein infantil-perverskriminelles Monstrum, sondern Natur! Der Einwand, daß die Assimilation des Unbewußtseins die Kultur untergrabe, entspringt der Furcht vor der Natur und vor der tatsächlichen Wirklichkeit. Die *Freudsche* Theorie hat wegen ihrer negativen Konzeption vom Unbewußtsein den Begriff der Sublimierung erfinden müssen. Was wirklich so und nicht anders vorhanden ist, läßt sich aber gar nicht alchemistisch sublimieren, und was „sublimiert“ wird, war nur scheinbar etwas anderes auf Grund falscher Deutung. Das Unbewußtsein wird nur dann gefährlich, wenn unsere Einstellung dazu unrichtig ist. Wenn der Patient beginnt zu assimilieren, mindert sich die Gefährlichkeit des Unbewußtseins. Die Überwältigung des Bewußtseins durch das Unbewußtsein tritt gerade dann ein, wenn das Unbewußtsein am Mitleben gehindert wird, sei es durch Verdrängung, falsche Deutung oder Entwertung. Das Verhältnis zwischen bewußt und unbewußt ist kompensatorisch. Welche bewußte Einstellung wird durch den Traum kompensiert? — Diese Frage nimmt sowohl den Traum als Tatsächlichkeit ernst und berücksichtigt zugleich die bewußte Einstellung als mitbestimmender Faktor.

Den unbewußten Inhalt an Stelle des bewußten setzen, hieße den letzteren verdrängen — der dann natürlich im Unbewußtsein wieder erscheinen würde. Auf diese Weise kann das Unbewußtsein das Gesicht völlig wechseln, und deshalb ist es nur aus der Kenntnis der Bewußtseinslage möglich, auszumachen, welches Vorzeichen den unbewußten Inhalten zu geben ist.

Zur Frage der Bewertung unbewußter Inhalte folgendes Beispiel. Ein junger Mann träumt einen Traum, der von seinem Vater ein äußerst ungünstiges Bild entwirft. Wie ist dies aufzufassen? In Wirklichkeit ist das Verhältnis des Träumers zum Vater positiv. Ist es etwa nur scheinbar gut, besteht es aus überkompensierten Widerständen? Dann würde der Traum als Enthüllung des wahren Sachverhaltes aufzufassen sein. Ist aber im Gefühl des Sohnes nicht neurotisch Zweideutiges auffindbar, so wäre es ein therapeutischer Mißgriff, ihm eine so belastende Denkweise zu unterstellen. Nein, das Verhältnis zum Vater ist wirklich gut, ja es

ist sogar zu gut, der Vater ist noch zu sehr Garantie für den Sohn, der noch zu sehr ein provisorisches Leben lebt. Der Traum setzt den Vater herunter — um den Sohn heraufzusetzen, ein zweckmäßiger Kompensationsvorgang: denn der Sohn muß seiner selbst bewußt werden. Diese Deutung war richtig und schlug ein. Denn es ist für die Möglichkeit der Assimilation höchst wichtig, daß keine wirklichen Werte der bewußten Persönlichkeit zerstört werden. Sonst ist niemand mehr da, der assimilieren könnte!

Die genaue Kenntnis der jeweiligen Bewußtseinslage muß auch die philosophischen, religiösen und moralischen Überzeugungen berücksichtigen. Dies ist zumal in Hinsicht auf die Symbolik des Traumes wichtig. Zwar gibt es theoretisch relativ feststehende Symbole — es ist aber praktisch viel ratsamer, die Traumsymbolik nicht semiotisch (als Zeichen für Bekanntes), sondern wirklich symbolisch, d. h. als Ausdruck bewußt noch nicht erkannter, begrifflich nicht formulierbarer Inhalte zu betrachten. Es ist besser, das Symbol als unbekannte, schwer erkennbare, in letzter Linie nie ganz bestimmbare Größe aufzufassen, als der Illusion zu verfallen, daß mit dem bekannten Wort auch die Sache bekannt sei. Es ist weder den Alten noch den Primitiven je eingefallen, das rituelle Symbol des Phallus mit dem Penis zu verwechseln. Es bedeutet das „Außerordentlich Wirksame“ (*Lehmann*), das schöpferische Manna, die Medizin- und Fruchtbarkeitskraft — die in unendlich vielen Analogien zum Ausdruck kommt. Ganz wie im Traum ...

All diese Symbole hätte eine wissenschaftliche Traumdeutung auf Archetypen zu beziehen. In der Praxis kann es aber durchaus falsch sein, den Patienten in dieser Weise auf Traumtheorie hinzuweisen. Man verzichte auf alles Vorher- und Besserwissen und frage sich, was die Dinge für den Patienten bedeuten.

Es ist oft praktisch unmöglich, an der Einsicht, die uns aus der Kenntnis der relativ feststehenden Symbole fließt, den Patienten teilnehmen zu lassen. Ein 17jähriges Mädchen träumt z. B.: „Ich komme nachts nach Haus, alles ist totenstill, die Türe zum Salon steht halb offen, und ich sehe meine Mutter am Kronleuchter aufgehängt im kalten Winde, der durch die offenen Fenster dringt schwingen.“ In einem anderen Traum derselben Patientin rast ein Pferd in der Wohnung herum und springt schließlich aus dem 4. Stock auf die Straße hinunter, wo es zerschmettert liegen bleibt.

Beide Symbole: Mutter und Pferd müssen äußerst äquivalent sein. Beide suizidieren sich. Das so bekannt klingende Wort „Mutter“ bezieht sich als Symbol auf einen der begrifflichen Formulierung sich hartnäckigen widersetzenden Hintergrund, den man etwa mit „verbogenes, naturhaftes, körperliches Leben“ andeuten könnte. Dies in den Traum eingesetzt, hieße, das unbewußte Leben zerstört sich selbst. Das „Pferd“ bringt eine gewisse Spezifizierung der Bedeutung, etwa von „Ursprungs-

leben“ auf das rein Animalische, Triebhafte; im Traum zerstört das animalische Leben sich selbst. Die Träume sprechen von schwerer organischer Krankheit mit letalem Ausgang. Sie traten auf, als eine progressive Muskelatrophie erst vermutet wurde. Die Prognose des Traumes bestätigte sich bald.

Diese Symbolsprache ist nicht individuelle Erwerbung des 17jährigen Mädchens, sondern kollektives Erbgut. Mehr noch als in unserem Bewußtsein offenbart sich im Traum das entwicklungsgeschichtlich aufgebaute Wesen der Psyche. Die Assimilation unbewußter Inhalte will das vom Gang der Natur nur allzu leicht abweichende Bewußtsein wieder einordnen. Sie soll den Patienten zu seiner natürlichen Eigengesetzlichkeit hinleiten, jenem Weg zu dem fernen Ziel, das über den speziell ärztlich interessanten Heilerfolg weit hinausliegt: nämlich zur Verwirklichung des ganzen Menschen, zur Individuation.

Leider schöpft der Arzt seine psychologische Einsicht gerade aus der krankhaften Störungsphase einer unbewußten Entwicklungstendenz, die nach der sog. Heilung sich über Jahre und Jahrzehnte erstreckt. Später wäre wohl der Eindruck der durch die Träume vermittelten Vorgänge weniger verwirrt. Es wäre klarer erkennbar, worauf die Symbole in letzter Linie hinzielen.

Ernst Kretschmer (Marburg): Das Ressentiment im Traum.

Man hört in klinischen Kreisen noch öfters die Frage, ob wir berechtigt sind, die Träume unserer Patienten zu ihrer Beurteilung zu verwerten. Ich möchte eher die umgekehrte Frage stellen, ob wir berechtigt sind, sie beiseite zu lassen. Ein so umfangreiches Stück Erfahrungsmaterial, wie die Träume, einfach wegzulassen, widerspricht den Grundsätzen einer soliden wissenschaftlichen und ärztlichen Urteilsbildung. Diese Vernachlässigung könnte weder durch die Schwierigkeit der Materie, noch durch die vielen kritiklosen dilettantischen Versuche, ihr beizukommen, entschuldigt werden; sie würden vielmehr doppelte Verpflichtung zu ernster Forschung in sich schließen.

Die Basis der Erforschung des Traummaterials in diesem Sinn bildet nicht ein phantasievolles Deuten, sondern die gebräuchliche wissenschaftliche Methodik: zunächst die zahlenmäßige Feststellung der Häufigkeit des äußeren Zusammentreffens zweier Erfahrungsreihen. Hier bietet sich die Fragestellung: wie oft kommen bestimmte Gruppen von Traumbildern mit bestimmten Gruppen von Neurosen zusammen vor? Wenn wir sodann dazu übergehen, zu den schriftlich notierten Traumbildern am nächsten Tag den Patienten die Einfälle bringen zu lassen, die ihm von selbst dazu kommen, so ergibt sich die zweite Frage: wie oft kommen bestimmte Traumbilder mit bestimmten Taginhalten assoziativ gekoppelt vor? (Dies ist der Kern der ursprünglichen *Freudschen* Methodik, die an sich, was unbeeinflusste Erhebung des

seelischen Rohmaterials betrifft, naturwissenschaftlich viel anspruchsvoller war, als das primitive Explorieren, wie es für die gewöhnlichen klinischen Zwecke genügt.) Beide Fragen sind einer rein statistischen Tatsachenbearbeitung wohl zugänglich. Wenn wir ihren Rahmen noch gar nicht verlassen, so ergeben sich schon eine Reihe interessanter traumpsychologischer Zusammenhänge.

Haben wir erst diese solide Basis, so dürfen wir alsdann auch zu der Fragestellung fortschreiten: wie erklärt sich dieses statistische Material? Was sind die vermutlichen inneren Gründe dieses äußerlichen Zusammentreffens? Gibt es naheliegende sinnvolle gedankliche Zusammenhänge zwischen Trauminhalt und konkreter seelischer Wachsituation? Dies wäre alsdann die „Deutung“ des Traums, die in günstigen Fällen bei reichem konvergierendem Material hohe Grade von Wahrscheinlichkeit, oder wenigstens erwägare Möglichkeiten ergeben kann; es ist Sache der persönlichen Kritik, wie weit man hier, wie in allen anderen wissenschaftlichen Dingen, aus den vorliegenden Indizien noch tragfähige Schlüsse glaubt ziehen zu dürfen. Es liegt durchaus nicht am Traummaterial an sich, daß es kritikloser müßte bearbeitet werden, als irgendeine andere wissenschaftliche Materie.

Über die Sexualsymbolik im Traum gibt es heute fast unabsehbare Literatur, die allerdings den Ansprüchen einer streng wissenschaftlichen Kritik vielfach keineswegs genügt. Im Verhältnis dazu sind die Selbstwertprobleme im Traum relativ wenig untersucht. *Freud* gibt zwischen durch einige Streiflichter auch nach dieser Richtung; die *Adlersche* Schule, in deren Arbeitsbereich diese Dinge in erster Linie fallen, legt nicht dasselbe Gewicht auf die Träume, wie *Freud*; was sie bringt, habe ich mit berücksichtigt. Da wir bei der grundsätzlichen Einstellung meiner Klinik jede Art von seelischen Triebfedern, die erotischen, wie die Selbstwertfragen gleichmäßig berücksichtigen, so habe ich mir auch über die Traumsymbolik der Ressentimentmenschen allmählich ein größeres Material gesammelt. Ich behandle hier nur die Selbstwertfragen, und lasse die reichlich vorhandenen sonstigen Beziehungen der verwendeten Träume absichtlich beiseite, ohne sie deshalb gering zu achten.

Zunächst finden wir im Traum der Zurückgesetzten noch Stücke des Ressentiments selbst in ganz unverarbeiteter, naiver Form, wobei manche mit Vorliebe Bilder aus Schule und Jugendzeit benutzen: „Wir machten in unserer Turnhalle Übungen an den Ringen. Ich brachte die eine nicht fertig; ich hatte bestimmt gewußt, daß ich sie nicht können würde; außerdem hatte ich alle Lust verloren“ so träumte ein Mädchen, die sich wegen ihrer Schüchternheit und ihres häßlichen Äußeren für unfähig zur Liebe hält. Oder ein ehrgeiziger Hotelangestellter mit Errötungsfurcht: „Ich bin noch in der Schule, wir schreiben eine englische Klassenarbeit; jeder ist fertig außer mir.“ — Solche Motive, sofern sie

häufig bei einem Patienten wiederkehren, sind symptomatisch und bedürfen kaum einer Erklärung.

Öfters erscheint das Ressentiment beim Nervösen nicht direkt, sondern als Wunscherfüllung, als kompensatorische Wunschphantasie; es sind dieselben Mechanismen, die in schweren Fällen dann auch in das Tagdenken in Form der katathymen Wahnbildungen der Paranoiker und Schizophrenen eindringen. Ein zwangsneurotischer Steuersekretär mit versetztem Berufsheiz träumt: „Ich war Lakai bei einem Prinzen und hatte einen großen Orden, ein unverschämtes Ding, auf der linken Brustseite. Da guckten die Leute mich an und wußten, daß der Prinz neben mir ging. Er kaufte ein, und ich mußte den ganzen Krempel schleppen.“ — Dieser Traum ist typisch für das Lebensgefühl des Subalternen mit den schillernden Ambivalenzen der Lakaienseele. Einerseits die Seligkeit der Wunscherfüllung mit einem unverschämt großen Orden an der Brust aufgeblasen an der Seite eines Prinzen zu marschieren und aller Augen auf sich gerichtet zu sehen. — Dazwischen im Kontrast durchklingend noch das unverarbeitete Ressentiment: „Er kaufte ein, und ich mußte den ganzen Krempel schleppen.“ — Ähnlich schillert direkter Neid und kompensatorische Wunschphantasie in den Traum eines älteren hysterischen Mädchens, deren jüngere Schwester die nächsten Tage heiraten soll: sie sieht die Brautausstattung ihrer Schwester auf hochgetürmtem Wagen; er wird von vier entsetzlich mageren Pferden im Galopp in den Fluß gefahren; der Wagen stürzt um und verschwindet in den Fluten.“ — Der unfähige Hotelangestellte von vorhin läßt sich sogar nach mißglückten Sportversuchen im Traum den Arm überm Handgelenk absägen, um dann den Stummel seiner Ärztin vorzuzeigen mit der auf den berühmten Boxer bezüglichen Bemerkung, daß er jetzt nicht mehr Schmeling sein könne. Auf die sexualpsychologische Seite dieses Traumes erübrigt es sich hier einzugehen. Entsprechend der erhöhten Bildhaftigkeit des Traumdenkens ist häufig das seelische Versagen in körperliche Bilder, vor allem aus dem Sportleben umgewandelt.

Auch das Berufsleben kann die Traumbilder liefern. Ein Kaufmann, der früher Architekt werden sollte und sich jetzt deklassiert erscheint, träumt z. B.: „Ich hörte aus einem tiefen Keller eine Mannesstimme rufen, stöhnen und jammern. Ging ich nach und hatte auf einmal den Eindruck, daß die Kellergänge unter den Unterbau des Völkerschlachtdenkmal führten. Dann meinte ich, daß ich es selbst war, der da gerufen hat.“ — Er assoziiert dazu am nächsten Tag folgendes: „Ich muß an Stationen denken, bei denen ich im Leben versagt habe ... das Völkerschlachtdenkmal will gewollt wuchtig sein, es will viel zu viel ... ein Wasserturm ist ja viel wuchtiger in seiner Einfachheit ... hättest Du solche Bauten fertig gebracht, wenn Du Architekt geblieben wärest? ... Allerlei Gewolltes und nicht Vollbrachtes ...“ — Das Mißverhältnis zwischen Kraft und Ehrgeiz, das Stöhnen eines kleinen, verborgenen

Menschen unter der Wucht der über ihn getürmten Aufgabe, kommt hier klar zum Vorschein.

Dies wäre ein mehr persönlich, aus der individuellen Lebens- und Berufssituation gestaltetes Bildsymbol. Daneben aber erhebt sich nun unsere eigentliche Kernfrage: gibt es auch typische Ressentimentsymbole im Traum? Gibt es Bildzeichen in der Traumsprache, die dort, wo sie wiederkehren, uns mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf wichtige Lebensressentimente als mögliche Leitlinien der Neurose schließen lassen? Ich möchte diese Frage bejahen mit all den Vorbehalten, die für die grundsätzliche Möglichkeit einer einigermaßen festen statistischen Zuordnung bestimmter Traumbilder zu bestimmten Taginhalten überhaupt zu machen sind.

Ich habe mir von meinen eigenen Patienten eine größere Reihe von Träumen zusammengestellt, von solchen Neurotikern nämlich, bei denen die Behandlung schließlich einen schweren Lebensneid an der Wurzel der Neurose ergab. Welcher Art Bilder kehren in diesen Träumen wieder? Vor allem finden sich darin starke, fortlaufende Bewegungsmotive — mit der Maßgabe des Gehemmtwerdens, des Nichtmitkommens, Hängenbleibens, des Versäumens oder aber des Verlierens und Wegschwimmens. Also Bilder von fahrender Eisenbahn oder Straßenbahn, von unruhigen Pferden oder strömendem Wasser.

Dieses Motiv ist uns vorhin schon in dem Davongaloppieren und Wegschwimmen des Hochzeitswagens begegnet. Es erscheint übrigens auch in einem von *Adler* erwähnten Fall einer unglücklich verheirateten jungen Frau mit dem Traum, daß ihr Mann den Hochzeitstag vergessen hätte; sie assoziiert dazu; als dreijähriges Kind habe sie von ihrer Tante einen geschnitzten Holzlöffel bekommen; wie sie damit spielte, fiel er in den Bach und schwamm davon. Diese Gruppe von Träumen gehört eng zusammen mit dem bildlichen Ausdruck des Sprichworts, daß uns „die Felle wegschwimmen“, abstrakt ausgedrückt mit der Tatsache, daß etwas heiß Geliebtes oder Ersehntes unwiederbringlich entflieht.

In anderer Variante erscheint das strömende Wasser im Zusammenhang gehemmter Intentionen. Eine Patientin soll baden; wie sie in die Wanne steigen will, läuft das Wasser draußen weg. Träume von diesem Typus (der Zug oder das Auto fährt ihr hinaus usw.), hat die Patientin immer wieder.

Die nervenphysiologische Basis mancher solcher Träume auch bei ruhigen, gesunden Menschen ist zunächst die durch den Schlaf selbst bedingte Unfähigkeit zur Realisierung von Bewegungen. Doch liefert dieser muskuläre Ursprung nur ein spärliches, ungeformtes Rohmaterial. Für die Erklärung unserer Traumgruppe reicht er keinesfalls aus, weil hier ja vielfach gar nicht Bewegungen gebracht werden, die der Träumer selbst ausführt, sondern solche, die außer ihm vor sich gehen (Eisenbahn, Wasser) und zu denen er zusehend Stellung nimmt. Die spezielle

bildnerische Ausgestaltung geben erst die tiefen Affektstörungen, die im Träumer aktuell sind. Und erst diese spezielle Bildgestaltung bzw. die am Tag dazugelieferten Assoziationen charakterisieren den Traum z. B. als Ressentimenttraum. Es ist aber klar, daß das Motiv der gehemmten Bewegung eine fast unmittelbare gedankliche Verwandtschaft hat mit den Hemmungen und Enttäuschungen in den ehrgeizigen Lebensintentionen der Ressentimentmenschen, und es wird uns dadurch die zunächst äußerliche statistische Tatsache auch innerlich verständlich, weshalb gerade die Ressentimentmenschen von diesem Traummotiv besonders gehäuft Gebrauch machen.

Mein ehrgeiziger Steuersekretär, der immer Karriere machen wollte und mit seinen Meldungen stets erfolglos war, träumte: „Ich fahre in einem Personengüterzug, einem besonders langsamen Bummelzug, im letzten Wagen. Auf jeder Station wird unser Wagen abgehängt. Ich muß dann jedesmal laut hallo rufen und hinterherlaufen, damit man endlich den Wagen wieder anhängt und mich mitnimmt.“ In diesem Traum ist Bild an Bild jedes ein Stück Ressentiment in immer neuen Varianten: Die entsetzliche Langsamkeit, das Streben und nicht Vorwärtskommen, das „der Letzte sein“, das immer erneute Sitzenbleiben, das Hinterherlaufenmüssen, kurz die ganze Enttäuschung und Mühsal eines ehrgeizigen, aber lebensuntüchtigen Menschen.

Sehr ähnlich ist folgender Traum einer mit ihrem Lebensgang unzufriedenen Dame: „Ich wollte reisen, war auf einmal auf dem Bahnsteig. Ein Zug lief ein. Seine Wagen waren unregelmäßig und häßlich, klapperten, waren eingeschlagen, glichen ein paar alten Karnickelställen. Ich wollte mein Gepäck ordnen oder schon heben, da fuhr der Zug auch schon wieder fort. Ich sprang auf das Trittbrett, ich wollte mit und hielt mich an der Klinke fest. So, krampfhaft die Klinke umklammernd, fuhr ich nun mit, mich immer umsehend, ob nicht ein Baum oder eine Hauswand mir hinderlich sein kann, dann war ich wach.“ Hier ist, abgesehen von dem Motiv der krampfhaften Anstrengung und des Nichtmitkommens, außerdem noch in der gräulichen Ausstattung der Wagen die trostlose Häßlichkeit der realen Lebenssituation zur Darstellung gebracht.

Hierher gehört auch ein juristischer Kandidat mit Examensangst, der im Traum einen steilen Berg hinauffährt mit einem Auto, das beständig steckenbleibt.

Ein alter verbummelter Rentenneurotiker träumt: „Ich fuhr mit einer Straßenbahn ohne Strom und ohne Schienen durch winklige Gassen und durch Häuser und Höfe. Ich stand am Führerstand, und ein leichtes Wippen genügte, die Wagen im Gang zu halten. Der Wille allein lenkte die Wagen. — Fahrgäste waren nicht vorhanden.“ Dieser ambivalente Traum erinnert einerseits an die Antriebslosigkeit und soziale Nutzlosigkeit seines bisherigen Tuns (kein Strom, keine Fahrgäste),

gibt andererseits schon die kompensatorische Wunscherfüllung im Sinne der „Allmacht des Gedankens“, ohne wirkliche Anstrengung durch die schwierigsten Hindernisse durchzukommen („ein leichtes Wippen genügte“).

Die Unfähigkeit desselben Mannes, in seinem Berufsleben „wieder in den Sattel zu kommen“ drückt sich noch einfacher in einem Traum derselben Nacht aus, wo er sich immer einem wilden Pferd zu nähern versucht, das sofort ausschlägt, wenn er es besteigen will. — Diesen Traum habe ich auch sonst bei schweren Ressentimentmenschen gehabt, während der ärztlichen Bemühungen, sie sozial wieder flott zu machen.

Zusammenfassend läßt sich also sagen: Diejenigen Neurosen, die sich vorwiegend auf Lebensangst, Selbstwertunsicherheit und Ressentiment aufbauen, neigen in ihren Träumen zu gewissen typischen Symbolbildungen, die etwa in folgender Richtung liegen: Das Leben erscheint darin bildhaft als fortlaufende Bewegung, als Lebenslauf, als Reise, als „Karriere“, als Rennen, und zwar als gestörte, gehemmte, versäumte Bewegung. — Oder das Leben erscheint als riskanter Versuch, als ein gefährliches Experiment, wie das Schwimmen eines Unkundigen oder das Besteigen wilder Pferde. Das Wasser spielt dabei die Rolle des unsicheren Elements, des Gefährlichen, mit Ertrinken drohenden, zugleich aber auch des trügerischen, das plötzlich wegläuft oder mit unserem teuersten Gut davonschwimmt. (Autoreferat.)

O. Körner (Dresden): Analyse einer Traum- und Bilderreihe als Beitrag zur Erforschung der Zusammenhänge zwischen kollektivem Unbewußten und Persönlichkeitsentwicklung.

Das Malen der Träume und Visionen will dem Patienten ein wenig Vertrauen zur eigenen Phantasie vermitteln und ihn zu einer selbständigen Arbeit veranlassen, deren Sinn er erst später versteht.

Das Bild ist ja ein Stück krystallisierte Phantasie.

Die bunten Farben, in denen das Ich des Menschen sich so gerne spiegelt, werden durch den Stift gebannt, der sie umreißt.

Die Ferne, in der sich die Seele in der Phantasie verliert, wird zu einer greifbaren Wirklichkeit.

Wir verstehen von dieser Wirklichkeit nur soviel, daß eine unbekannte Kraft aus uns heraus etwas gestaltet hat, etwas, was irgendwie Ausdruck unserer innersten Seele ist.

Indem wir nun malen, entdecken wir mit jedem Pinselstrich diese unbekannte Kraft. Und vertiefen wir uns in das Bild und führen es aus, indem wir uns den weiteren Impulsen des Unbewußten überlassen, so erleben wir schließlich ein Stück gestaltetes Ich.

Während wir nun — als Zuschauer — am Bilde des Patienten die Entfaltung der Persönlichkeit aus dem Unbewußten beobachten, entdecken wir ein eigentümliches Phänomen: daß die Bilder oft — besonders

da, wo wichtige Lebensabschnitte des Patienten eingeleitet werden — eine verblüffende Ähnlichkeit mit Darstellungen aus der frühesten Zeit religiöser Malerei haben.

Es scheint, daß hier ein ähnliches Wiederaufflackern kollektiver Erinnerungen vorliegt, wie wir es von der Traumsymbolik her kennen.

An den Bildern einer Patientin, die in einem schweren seelischen Konflikt steht, wird die allmählich fortschreitende Gesundung geschildert.

Der Heilungsprozeß prägt sich in einer immer tiefergehenden Verinnerlichung aus. Und die in den Bildern niedergelegten Symbole gleichen in auffallender Weise den Symbolen, in denen die indische Religion und insbesondere die Tantra-Religion die Entwicklung der Seele darstellt (Cakras des Vajrajana, Kundalinischlange, Aswathababum) und die zum Teil heute noch in unseren Überlieferungen lebendig sind (Osterei, Weihnachtsbaum, Weltesche).

Mit diesen — der Psychotherapie entnommenen — Erfahrungen sei damit das Eine angedeutet, daß die Entwicklung unserer kleinen Seele untrennbar verknüpft ist mit den in uns ruhenden, uralten Kollektivbildern der Menschheit. Und einmal enden auch diese wieder im Unendlichen, und der große Kreislauf beginnt von neuem. (Autoreferat.)

James Kirsch (Berlin): **Darstellung somatischer Phänomen im Traum.**

Unter den vielen Aspekten, die der Traum hat, wird seit alters her die Darstellung des Körperlichen im Traum als überaus wesentlich angesehen. Es kann nicht bestritten werden, daß in einigen Fällen der Traum eine einfache Reflexion der sich im Körper abspielenden Prozesse ist. In den allermeisten Fällen aber werden die körperlichen Vorgänge in dem schöpferischen Prozeß der Seele hineinbezogen. Die äußeren Reize sind allermeist nur Momente, die den Traum auslösen, niemals aber erzeugen. So sind Träume mit körperlich sexuellen Reaktionen in vielen Fällen Ausdrucksmittel, um das psychische Problem in seiner Wichtigkeit zu unterstreichen. Bei körperlichen Krankheiten zeigen die Träume vielfach die Störungen in gleichartiger und gleichsinniger Weise des körperlichen und des seelischen Geschehens, am deutlichsten bei Infektionskrankheiten und bei Störungen des endokrinen Systems. Da sich der Traum in der nächsten Nähe der Geburtsstätte des „bewußtlos bildenden Lebens“ befindet, kann uns sein Verstehen auch für die Erkenntnis nicht nur rein psychologischer Vorgänge, sondern auch des leib-seelischen Geschehens reiche Früchte bringen. (Autoreferat.)

Ernst Jolowicz (Leipzig): **Der Traum vom Träumen.**

Es ist nicht anzunehmen, daß sich in historischen Zeiten die Struktur der menschlichen Psyche gewandelt hat. Ebensowenig ist anzunehmen, daß gerade unsere Generation aus der seelischen Erscheinungswelt noch

nie beobachtetes Material zutage gefördert hat oder zutage fördern wird. Lediglich die Sinndeutung, die Betrachtung der Zusammenhänge und der zeitgebundenen Färbung der seelischen Inhalte kann neue Gesichtspunkte ergeben. Es wird uns also nicht wundernehmen, wenn wir hören, daß bereits die alten Chinesen (die Hinweise auf die chinesische Literatur verdanke ich Herrn Prof. *Erkes*, Leipzig), für die es schon um das Jahr 1000 vor Christi Vorschriften über die Obliegenheiten der Traumdeuter gab, eine Klassifikation der Träume ihrem Inhalt nach versucht haben. In der Verfassungsurkunde der Tschoudynastie (Le Tscheou-Li übersetzt von Biot, Paris 1851) findet sich diese Einteilung. Der taoistische Philosoph Lie-Tse (Lie Tse übersetzt von R. Wilhelm, Jena, Diederichs) übernimmt im vierten Jahrhundert vor Christi die alte Klassifikation, nach der die Träume in rechte Träume, Schreckensträume, Sehnsuchtsträume, Wachträume, freudige Träume und Angstträume unterschieden werden. Das Auffallendste an dieser Einteilung ist, daß schon hier die Affekte vorwiegend zum Charakteristikum der einzelnen Traumkategorien erhoben werden. „Sehnsuchtsträume“ übersetzt *Wilhelm* „se-meng“. Nach dem Kommentar sind das solche, in denen man träumt, was man im Wachen gedacht. *Erkes* findet die Übersetzung nicht recht entsprechend und würde lieber „Gedankenträume“ sagen. Vielleicht ist hier gemeint, was wir „Wunschträume“ nennen. Um dieselbe Zeit schreibt ein anderer Philosoph Tschuang-Tse (Dschuang-Dsi übersetzt von R. Wilhelm, Jena: Eugen Diederichs 1912) wörtlich: „Einer, der träumt, daß er Wein trinkt, heult und weint doch am Morgen; einer, der träumt, daß er heult und weint, jagt doch am Morgen. Gerade in seinem Traum kennt man nicht seinen Traum. Inmitten seines Traumes deutet man wiederum seinen Traum. Ist man erwacht, dann weiß man um seine Träume.“ Diese Sätze erscheinen dem heutigen Leser ganz modern. Sie fangen in der antithetischen Sprechweise sehr schön das Zwielficht ein, in dem der Traum gedeiht; sie enthalten Polarität und Ambivalenz der Traumstimmung. Für unser Thema wichtig ist der kursiv gedruckte Satz. Gemeinsam mit dem Vorhergehenden kennzeichnet er die Situation des Träumers, seine Stellung zum Traum. Der Weise vor 22 Jahrhunderten konnte formulieren, daß es im Traumwissen nicht ein starres Entweder-Oder geben kann, daß der Träumende vielmehr weiß und nicht weiß, was er träumt und wie er träumt, daß er sowohl Wissener als auch Nichtwissender ist, bewußt und zugleich unbewußt. Während wir heute diese Ambivalenz anerkennen können, bezweifelt der alte Übersetzer *Legge* (1891) die Möglichkeit, daß ein Mensch im Traum zu sich selbst kommen und seinen eigenen Traum im Traum deuten kann.

Die Träume, in denen ein Traum vorkommt oder in denen der Traum während des Träumens beobachtet, als solcher erkannt und als solcher gedeutet wird, sind gar nicht selten. Ich will im folgenden einige Traum-

beispiele dieser Art geben und zunächst zeigen, daß das Vorkommen des Traumes im Traume recht verschiedene Bedeutung haben kann.

Der erste Traum stammt von einer Frau mit schwerer Angstneurose: „Mir träumte, ein neuerbautes Schulhaus auf dem Lande würde eingeweiht. In dem einen Klassenzimmer war eine lange Tafel gedeckt. Auch ich saß am Tisch, mir gegenüber ein junges Mädchen mit dunklen Zöpfen und braunen Augen, das plötzlich mit hoher, kindlicher Stimme zu reden anfang. Ich hatte diese Nacht einen Traum, sagte sie, den möchte ich erzählen. In meiner Stube sind keine Vorhänge vor den Fenstern. Wenn ich im Bett liege, kann ich weit in die Gegend sehen, den ganzen Weg entlang, wie er sich den Hügel hinanzieht bis oben hin, wo die Kirche steht. In der letzten Nacht konnte ich nicht schlafen. Draußen schien der Mond. Oben vor der Kirche bewegten sich fünf Lichter, die kamen dann den Weg hinab, vorn drei Lichter nebeneinander und die letzten Lichter suchten fortwährend die ersten zu überholen. So kamen sie den Weg herab und bewegten sich an unserem Hause vorbei, einen Augenblick war es ganz hell, dann war alles verschwunden. Ich stand auf und sah aus dem Fenster, die Luft war so lau und ich weinte vor Glück und mochte nicht mehr im Zimmer sein. Ich warf alle meine Kissen durchs Fenster, sprang selbst nach und machte mir ein Bett auf dem Rasen und legte mich dort schlafen.“ Die Patientin bemerkt dazu, sie habe, als im Traum das junge Mädchen zu sprechen anfang, gedacht, „das ist wie ein Volkslied. Der Traum muß in diesem Stil bleiben, was sie erzählt, muß an ein Volkslied erinnern.“ Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß ein wesentlicher Anteil ihres Wesens sich in diesem jungen Mädchen mit dunklen Zöpfen und braunen Augen personifiziert. Von diesem sentimental Teil ihres Wesens distanziert sich die stark rational orientierte Frau durch die Spaltung, so wie sie ihn im Leben nicht anerkennen will und doch sehnüchtig als das Bild vergangener naturnaher Zeiten verehrt. Der volksliederartige Charakter des im Traum erzählten Traumes ist die Sehnsucht nach verllorener Naivität und dient einer weiteren Distanzierung von dem latenten Inhalt des Traumes. Es steht also hier der Traum vom Träumen im Dienste der Traumzensur. In diesem Falle sollte zweifellos diese Distanzierung die analytische Deutung erschweren. Der in den Traum hineingearbeitete Traum ist ein integrierender Bestandteil der Gesamttraumschöpfung. Die verschwommene Wunschsituation des Traumes wird durch dieses Mittel zu einer scheinbaren Klarheit gebracht, die Spaltung erlaubt sowohl Distanzierung als auch Bekenntnis und reinliche Scheidung der sich bekämpfenden Tendenzen.

Es kommen auch andere Fälle vor, in denen im Traum scheinbar oder wirklich eine Deutung versucht wird. Ich erinnere mich, daß ein außerordentlich bedeutender Gelehrter, mit dem ich des öfteren über Traumsymbolik diskutierte, in einem sehr lebhaften Traum einen Straßen-

bahnwagen durch ein Haus zum Fenster hinausfahren ließ. Gleichzeitig bemerkte er im Traum, daß J. diesen Vorgang als das Hineinfahren des Penis in die Vagina deuten würde. Während hier eine halb scherzhafte, ganz unverhüllte Deutung ohne jede Tendenz oder höchstens mit der Tendenz, mich zu verhöhnen, geboten wird, zeigt der folgende Traum den Einbau dieses Deutungsversuches in die Analyse. Ein stark gehemmter Sexualneurotiker träumt im Stadium ambivalenter homosexueller Übertragung auf den Arzt: „Eine kleine Residenzstadt, ein Berg dahinter, viele Menschen, Getümmel, ein Name, ganz deutlich: Erbprinz Sihra von Reuß. Ich sehe ihn. Dann plötzlich: er ist tot. — Dann träume ich, daß ich geträumt habe. Ich liege auf Ihrem Diwan und erzähle Ihnen den Traum. Sie beugen sich nahe zu mir und sagen lächelnd: „Wünschen Sie mich denn immer noch tot?“ „Dieser Traum zeigt an, daß der sehr intelligente Patient die analytische Situation durchaus richtig erfaßt hat. In beiden Fällen dient die Traumdeutung im Traum weder einer Verschleierung noch einer Entwertung des Traum Inhaltes. Der Träumende nutzt die Situation im Schlafe aus, um intuitiv eine Deutung zu finden, die ihm vielleicht im Wachen entgangen wäre. Er ist bereit, an der Erfassung der latenten Traumbedeutung mitzuhelfen. Es kann freilich auch vorkommen, daß der Träumer die Analyse mit seiner Deutung auf eine falsche Fährte lenken will.

Eine ähnliche Hilfe für die Analyse zeigt ein von *Stekel* mitgeteilter Traum (Die Sprache des Traums, S. 152): „Mein Bruder Friedrich kommt zu mir ins Zimmer und küßt mich stürmisch. Peter ist darüber wütend und erklärt, er will mit mir nichts mehr zu tun haben. Ich bin sehr zornig, gehe auf ihn mit einem Messer los, steche ihn nieder und wache vor Schrecken auf. Ich befinde mich bei meiner Mama und erzähle ihr diesen Traum.“ Diese sagt: „Das mußt du noch heute dem Dr. *Stekel* erzählen, das ist sehr wichtig.“ Wenn auch die von *Stekel* betonte Tendenz zu Recht besteht, daß die Patientin nach dem Rat der Mutter eben nur einen Traum und nicht die Wirklichkeit erzählen sollte, so enthüllt doch dieses Heranbringen des Traumes an den analysierenden Arzt den Wunsch, dieses Material zur Deutung vorzulegen. In allen diesen Träumen weiß der Träumende in mehr oder weniger verschleierter Form, daß der latente Trauminhalt wichtiger ist als der rezente. Solche Träume sind ohne Kenntnis analytischer Traumdeutung nicht gut denkbar, sie können daher als Gradmesser für die analytische Situation, für das Verständnis der Traumdeutung gegenüber angesehen werden.

Daß diese Hilfsstellung nicht immer ohne Schwierigkeiten im Traum verwirklicht wird, zeigt die folgende Beobachtung. Ein Mann mit schweren depressiven Verstimmungen, der sich jahrelang an den verschiedensten Stellen um eine analytische Lösung seiner Lebensschwierigkeiten bemüht, berichtet folgendes: „Versuchte heute nacht wach vergeblich einen Traum zusammenzubringen, war in Gedanken hier

und sagte es Ihnen. Dann träumte ich: „Sie sagten, dann machen wir es doch einmal so: Sie nehmen hier einen Revolver und träumen nun, daß sie sich erschießen. Das tat ich denn auch.“ Es hat beinahe den Anschein als ob hier nicht die Suizidgedanken im Traum mir mitgeteilt werden sollten, sondern als ob umgekehrt ich dem Patienten das Suizid durchaus anraten sollte. Wohl möglich, daß der Kranke mich während der Traumanalyse dazu bringen wollte, als Konsequenz der Erkenntnis seines Zustandes den Selbstmord anzuraten. Da er mir nicht einmal im Traume einen solchen direkten Rat zutrauen konnte, kleidet er ihn in das Gewand eines Traumdeutungsexperimentes.

Es folgen nun Beobachtungen, auf deren Bedeutung *Stekel* eindringlich hingewiesen hat. Im 19. Kapitel der „Sprache des Traumes“ zeigt er, daß der Traum im Traume eine Entwertungstendenz hat. Also gerade das Gegenteil der Traumdeutungsträume soll erreicht werden. Nicht eine Unterstützung der Traumdeutung, sondern eine Bagatellisierung des Traum Inhaltes wird angestrebt. Wenn auch zugegeben werden muß, daß in manchen Fällen auch die Traumdeutung im Traum eine Irreführung der Deutung anstrebt, so wird doch immerhin auf den latenten Trauminhalt angespielt. In den Entwertungsträumen wird, um die Unwichtigkeit des Traum Inhaltes dem Analysierenden gegenüber, aber auch dem Träumenden selbst gegenüber zu betonen, zusätzlich geträumt: „das ist ja nur ein Traum.“ Der Grad dieser Entwertungstendenz ist verschieden, je nachdem, ob die Überzeugung davon, daß das Geträumte nur ein Traum sei, einen mehr oder weniger hohen Grad von Bestimmtheit hat. Der folgende Traum stammt von einem etwas degenerierten, haltlosen und lebensuntüchtigen Aristokraten: „Ich war Marineoffizier, es sollte in den Krieg gehen, ich muß mich sehr beeilen, um zum Schiff zu kommen. Ich lief durch die Straßen, stieß ein Mädchen an, das mich anlächelte, ich lächelte wieder. Dann kam ich an eine große Treppe, die ich hinunter ging, sie wurde immer steiler, schließlich schwebte ich in senkrechter Haltung und kam glatt auf dem Boden an. Mein Vorgesetzter, der Kapitän, war Otto Gebühr. Ich hatte das Gefühl im Traum, daß das ja alles Gott sei Dank nicht wahr ist, oder zum mindesten nicht ganz echt.“ Wir sehen an diesem Traum eine erste Erschütterung der Überzeugung von der Wirklichkeit des Geträumten. Während in den meisten echten Träumen während des Träumens ein Zweifel an der Echtheit des Erlebten nicht aufkommt, entwickelt sich in diesem Traume ein Gefühl des Zweifels an der Echtheit des Traumes. Eingeleitet wird dieser Zweifel durch den Ersatz des vorgesetzten Kapitäns durch einen Schauspieler. Damit wird der theatermäßige, unechte Charakter des Traumes betont. Dieses Wissen von der Unechtheit des Traum Inhaltes wird von einem Gefühl der Erleichterung begleitet. Im Gegensatz zu dem ersten Traum und den Deutungsträumen ist der Zweifel an der Echtheit des Traumerlebnisses nicht integrierender

Bestandteil des Traumes selbst. Er ist Zusatz, der wohl in Beziehung zu der analytischen Situation steht, aber nicht in unmittelbarer Beziehung zum Trauminhalt. Dem Grad und der Form nach ist dieser Zweifel sehr verschieden. Dies verdeutlicht ein Traum, den ein hypochondrisch depressiver Mann träumt: „Mehrere Male habe ich geträumt, meine Frau sei gestorben. Gerade diese Träume zeichnen sich durch besondere Lebhaftigkeit aus. Ich bin jedesmal ganz unglücklich und verzweifelt. Im Traum sage ich mir: Du träumst, dann beweise ich mir ganz eingehend daß es kein Traum, sondern Tatsache ist und werde immer trostloser. Um so glücklicher bin ich, wenn ich endlich erwache und erkenne, daß alles doch ein Traum.“ Hier diskutieren die beiden Traumpersonen direkt über die Möglichkeit der Echtheit des Erlebnisses.

In dem folgenden Traum wird die Entwertungstendenz im *Stekelschen* Sinne überdeutlich. Der Traum stammt von dem gleichen Patienten, von dem der erwähnte Traum von dem Erbprinzen Sihra von Reuß stammt. Er lautet: „Ich ging über Land auf das Meer zu. Wenn ich hinkam, zeigte es sich meistens, daß es nicht das eigentliche Meer war, sondern daß noch eine Landzunge dazwischen lag. Wenn er aber das Meer erreichte, kam im gleichen Moment der Gedanke: das ist alles wieder nur geträumt.“ Während in den *Stekelschen* Fällen zumeist die peinliche Wahrheit abgeschwächt wird, bezieht sich die Entwertung hier auf die Erreichung eines von Kindheit an erstrebten Zieles. Dabei spielt es keine Rolle, ob in diesem Falle wirklich die Sehnsucht nach der Freiheit und Größe des Meeres gemeint ist, oder ob, was nach dem ganzen Fall wahrscheinlicher ist, das Meer symbolhaft mit der Mutter verbunden ist.

Wir können nach den angeführten Beispielen etwa 3 Gruppen unterscheiden, in die sich der Traum vom Träumen gliedert. Die erste Gruppe umfaßt jene Fälle, in denen ein Traum im Traum genau so verwendet wird, wie irgendein anderes Erlebnisstück. Dann ist der Traum ohne Bruch in das Traumerlebnis eingefügt. Im zweiten Falle wird der Traum im Traum gedeutet. Diese Träume stehen zumeist in unmittelbarem Zusammenhang mit der analytischen Situation und geben so einen Anhaltspunkt für die Stellung des Träumenden zur Traumanalyse. Daraus läßt sich häufig ein Gesichtspunkt für den Grad und die Form der Übertragung gewinnen. Im dritten Falle bedeutet der Traum vom Träumen ein Anhängsel, das, wie *Stekel* überzeugend dargelegt hat, der Entwertungstendenz dient, manchmal aber auch den beabsichtigten Übergang zum Erwachen darstellt.

In allen Fällen enthüllt der Traum vom Träumen noch eine Struktureigentümlichkeit des Traumerlebnisses. Das Erlebnis: Ich träume, daß ich träume, ist in Parallele zu setzen zu Erlebnissen, die sich sprachlich etwas ausdrücken lassen in den Formen: „Ich weiß, daß ich weiß. Ich erkenne, daß ich erkenne. Ich sehe, daß ich sehe. Ich fühle, daß ich fühle. Ich denke, daß ich denke. Ich schreibe, daß ich schreibe.

Ich sage, daß ich sage. Ich leugne, daß ich leugne. Ich verneine, daß ich verneine.“ Es gibt nicht viele, derartig formulierbare Situationen. Sie alle vertragen eine Fortsetzung ins Unendliche. Die Eigentümlichkeit dieser Überposition läßt sich am deutlichsten an einem Bilde veranschaulichen. Stellt man zwei Spiegel einander gegenüber, so spiegelt sich das Bild des Spiegels 1 im Spiegel 2. Das Spiegelbild 2 wird im Spiegelbild 1 zurückgeworfen, geht von da in immer verkleinerter Form zum Spiegel 2 und so bis ins Unendliche zwischen den Spiegeln hin und her. Ein Niederschlag dieser Denksituation ist noch das Selbstporträt des malenden Malers, die Autobiographie des dichtenden Dichters.

Der Sachverhalt: Ich träume, daß ich träume, weist über den Traum hinaus, er ist also im eigentlichen Sinne traumtranszendent. Als solches transzendentes seelisches Geschehen gehört diese Kategorie von Träumen in den Kreis der Probleme um das Bewußtsein. Wie der Traum von sich träumt und damit aus dem Traum herausfällt, so weiß das Bewußtsein von sich und sagt damit etwas über sich hinausgreifendes bewußteintranszendentes aus. Am besten scheint mir die Formulierung im Ursachverhalt der *Driesch'schen* Ordnungslehre. Dort heißt es von dem „bewußthabenden Ich“, daß es um sein Wissen wissend sei. Schon in dem einfachen Ausdruck Selbstbewußtsein findet sich diese Überposition angedeutet. Es handelt sich also um eine primäre nicht weiter zurückführbare Eigenschaft oder Struktureigentümlichkeit des Ich im Sinne des philosophischen Systems von *Hans Driesch*. Dieses Ich ist ein methaphysischer Begriff; es ist nur existenz, soweit es etwas bewußt hat. Dieses Ich ist also der eigentliche und einzige Träger des statischen Bewußtseins. In einer früheren Arbeit (*Jolowicz: Bewußtsein und Bewußtheiten. Zentralblatt für Psychotherapie, Bd. 3, H. 6. Leipzig: S. Hirzel 1930*) habe ich darzulegen versucht, daß dieses Bewußtsein mit dem Inhalt der Erlebnisse nichts zu tun hat. Träger der mehr oder weniger bewußten Erlebnisinhalte, der Bewußtheiten, ist nicht das statische Ich, das, nebenbei bemerkt, ungefähr dem *Freud'schen* Es entspricht, sondern Mein Selbst oder meine Seele.

Diese strukturellen Eigentümlichkeiten beleuchten das Problem des Traumbewußtseins. Aus der Analyse der Träume vom Träumen haben wir ersehen, daß der Träumende die gleiche Überposition erlangen kann, wie das Ich des Ursachverhaltes. Das Bewußtsein im Traum hat also die gleiche Struktureigentümlichkeit, die wir beim Ichbewußtsein überhaupt finden. Da sich nun diese Eigentümlichkeit im ganzen Bereich des seelischen Geschehens nur an dieser Stelle findet, so liegt der Schluß nahe, daß das Traumbewußtsein mit dem Ichbewußtsein des Wachenden identisch ist. Wo immer Bewußtsein auftritt, ist es um sein Wissen wissend, geladen mit der latenten Energie der ins Unendliche weisenden transzendenten Überposition. Die Erinnerung an einen Traum nach dem Erwachen hat mit der mehr oder weniger hellen Bewußtheit des

rezenten und latenten Trauminhaltes zu tun. Der Traum vom Träumen jedoch ist ein Einbruch des während des ganzen Lebens und in jeder Lebenssituation gleichen Bewußtseins in den Traum. Ein Traumbewußtsein gibt es demnach nicht, weil das Bewußtsein immer, wenn es in die Erscheinung tritt, das gleiche strukturelle Gefüge hat. Die im Traum veränderte Erlebnissituation ist durch den geringen Grad der Bewußtheit der zugrunde liegenden seelischen Geschehnisse und durch die Befreiung von der Verbundenheit des Traumerlebnisses mit der empirischen Wirklichkeit und ihren beschränkten Gesetzen der Kausalität, Logik und raumzeitlichen Orientierung gekennzeichnet. Das Bewußtsein ist im Wachen und im Traum das gleiche, denn es gibt nur ein einheitliches Bewußtsein. (Autoreferat.)

E. Bien (Wien): **Aktivanalytische Traumdeutung.**

An Hand prägnanter Beispiele aus der analytischen Praxis illustriert *Bien* die wichtigsten Gesichtspunkte, deren sich die aktivanalytische Traumdeutung, wie sie von *Stekel* geschaffen wurde, bedient. Der Traum ist Ausdruck und Gestalter seelischer Haltungen, seelischer Konflikte. Der Konflikt zeigt sich im Traum im Spiel zweier antithetischer Bestrebungen, in den zwischen zwei seelischen Wünschen herrschenden Gegensätzen. Will man einen Traum deuten, muß man ihn zunächst simplifizieren, auf eine Formel bringen, die etwa der Überschrift eines Aufsatzes ähnlich ist. Diese Formel erleichtert uns wesentlich die Orientierung im Traume und macht uns von der Assoziationswillkür des Träumers unabhängig. Weiter sucht man nach der spezifischen Affektlage im Traume, nach der Bisexualität, der tragenden bzw. zentralen Idee. In jedem Traume ist das Hauptleitmotiv des Patienten enthalten. Seine anagogen und katagogen Lebenstendenzen kommen klar zum Ausdruck. Der Traum verrät uns auch die retrospektive Tendenz des Träumers und ermöglicht uns, mit Hilfe der prospektiven Tendenz prognostische Schlüsse zu ziehen.

Der Traum enthält die Beziehungen des Träumers zum Todes- und Lebensproblem und zur Religion. Der Traum bemüht sich, die polyphonischen Schichten des Denkens in symbolisch greifbaren Bildern darzustellen. Es ist klar, daß man in einer fortgesetzten analytischen Behandlung den Traum niemals für sich allein, sondern immer in Zusammenhang mit den vorhergegangenen betrachtet. Man sucht nach spezifischen und wiederholten Traummotiven, die den Lebensplan des Träumers ausdrücken.

Der aktive Analytiker geht unbefangen an jeden Traum heran, läßt alle Vorurteile beiseite, sträubt sich auch nicht jene Mechanismen in Anwendung zu bringen, die *Freud*, *Adler* und *Jung* uns bekanntgegeben haben. Der Traum erklärt uns das Verhältnis des Träumers

zur Familie, seine Stellung innerhalb der Familienkonstellation, seine Haltung im Leben.

Besonders wichtig ist die aktivanalytische Traumdeutung für die Behandlung seelischer Störungen. Der Traum weist unserer analytischen Arbeit die Richtung, in der wir forschen sollen, ebnet unserer Intuition betreffend tiefer psychologischer Erkenntnisse den Weg, ermöglicht uns, nicht nur den Lebenskonflikt des Patienten zu erkennen, sondern ihn auch zu überbrücken.

(Autoreferat.)

Tremmel (Heidelberg):

zeigt Pastellzeichnungen, die von Patienten kritzelnd angefertigt wurden, sie sind sozusagen auf dem Papier festgehaltene Tagphantasien, Tagträume, in symbolischer Form, sind daher wie Träume deutbar, und wurden nach Analogie der aktiv-analytischen Traumdeutung analysiert.

Diese „Kritzelmethode“ ist brauchbar für die Diagnosestellung und Therapie von Neurosen, sie hat ihre Vorteile bei beginnenden Unfallneurosen und läßt sich verwenden zur Tatbestandsdiagnostik und eventuell bei der Zeugeneinvernahme, besonders Jugendlicher.

(Autoreferat.)

J. Meinertz (Worms): Die kausale und die physiognomische Betrachtung der Symbolbildung in Neurose und Traum.

Wenn ich etwas über die kausale und die physiognomische Auffassung der Symbolbildung zu sagen gedenke, so spreche ich ohne Gebärde der Selbstherrlichkeit vom Standpunkt des Arztes, der, von ganz anderen Grundlagen ausgehend, erkannt hat — vielleicht mit besserer Distanz als derjenige, der sich von Haus aus in diesem Element bewegt — daß das Problem, von dem hier die Rede sein soll, einen Kernpunkt, vielleicht den Kernpunkt unserer Auffassung vom Wesen der Neurosen bildet. Vor allem rührt es an die Frage, für die der Arzt sich heute brennend interessiert, ob die neuen Methoden der Psychotherapie Wissenschaft im allgemein anerkannten Sinne sind, oder wenn nicht, ob sie dann als unwissenschaftlich zu verwerfen sind, oder ob vielmehr der Begriff der Wissenschaft einer Erweiterung bedarf.

Um gleich zum Kernproblem zu kommen: Die ganze Fragestellung hat sich hier verschoben; der Gegensatz zwischen kausaler und finaler Betrachtungsweise verblaßt immer mehr: auch die Finalität ist eine (umgedrehte) Kausalität. Letzten Endes ist es, wie ich es ausgedrückt habe, gleich geheimnisvoll, ob in der Kette der seelischen Vorgänge ein Vorgang den anderen stößt oder zieht. Es tut sich ein anderer Gegensatz auf, der freilich eine einwandfreie Formulierung noch nicht gefunden hat: nämlich zwischen der kausalen und finalen Betrachtungsweise auf der einen und der physiognomischen auf der anderen Seite.

Das neurotische Symbol läßt also drei verschiedene Betrachtungen zu:

1. die kausale, die fragt: Welches sind die Quellen seiner Formung?
2. die finale: Welche Aufgabe hat es im seelischen Haushalt?
3. die physiognomische: Inwieweit hat die dem Erleben vorgegebene „Prägemacht des Bildes“ (um mit *Klages* zu sprechen), die seelische Haltung so bestimmt, daß sie in eben diesem Bilde ihren Ausdruck findet?

Ich kann *Klages* nicht folgen, wenn er den Gegensatz: Leben-Seele auf der einen Seite — Geist-Wille auf der anderen Seite absolutiert, ihn gewissermaßen als metaphysische Urgegebenheit auffaßt; aber ich sehe in dieser Gegenüberstellung eine äußerst fruchtbare heuristische Hypothese, die die Fragestellungen, die uns hier wichtig sind, überhaupt erst wirklich ermöglicht hat. Sie auf die neurotischen Symbole anzuwenden, daran hindert *Klages* freilich die weltanschaulich bedingte Voreingenommenheit gegen die Psychoanalyse (wie sein treuester Verkünder, *Prinzhorn*, selber feststellt) — obgleich beide sich auf einer ganz breiten Basis berühren.

Jeder sieht sofort, daß es sich um drei verschiedene Einstellungen zu dem gleichen Vorgang handelt; keine erschöpft ihn. Zwei von ihnen sind durch das Erstarrende, das „denaturierende“ (*Jonas Cohn*) Medium der Ratio gegangen und haben ihm etwas von seiner Lebendigkeit geraubt — vor allem tut das die heimliche rationale Zielsetzung, die wir in die seelischen Abläufe hineinlegen. Gewohnt, in unserer Auffassung des leiblichen und seelischen Krankheitsgeschehens die kausale und die teleologische Betrachtungsweise anzuwenden, wird es uns um so unbehaglicher zumute, und wir fühlen den Boden unter unseren wissenschaftlichen Füßen schwanken, wenn uns irgendwo ein physiognomischer Zusammenhang aufleuchtet. Wir sprechen da ziemlich verlegen von „Intuition“, wobei wir meinen, daß eben die Unzulänglichkeit unseres Erkenntnisvermögens uns vorderhand noch hindert, diesen Zusammenhängen mit den Mitteln unseres kategorialen Denkens beizukommen. Tatsächlich aber handelt es sich hier nicht um einen begrifflich noch nicht zu erfassenden (aber, wie wir hoffen, einmal so erfaßbaren) Zusammenhang, sondern um einen durchaus eigenartigen Bezirk seelischen Seins, um einen urtümlichen, bilderschaffenden, mütterlichen Boden alles Erlebens, um eine Weise seelischer Zuwendung, die auch dann ihre besondere Eigenart behält, wenn man in der psychischen Kausalität nicht das gleiche sieht, wie bei den kausalen Beziehungen der Körperwelt.

Wenden wir diese Betrachtungsweise auf das neurotische und das Traumsymbol an, so werden wir also fragen, durch welche kausal bedingte Triebentwicklung sind die Gegenstände der neurotischen (z. B. der phobischen, der fetischistischen, zwangsneurotischen) Einstellung zum eindrucksstarken Repräsentanten, zum Symbol verdrängter Triebgegenstände geworden? Welches Ziel hat die Symbolisierung, welche entlastende Aufgabe fällt ihr im Spiel der unerträglichen seelischen

Spannungen zu? Endlich: inwiefern ist das Symbol ein Spiegelbild der Seele des Kranken selbst, inwieweit spiegelt sich in den — im rationalen Zusammenhang sinnlosen, und zwar bewußt sinnlosen — symbolischen Vorgängen die Seele in ihrer lebendigen Struktur selbst?

Es sei mir gestattet, als erläuterndes Beispiel einen Traum verkürzt mitzuteilen, den ich aus zahlreichen Träumen einer Patientin mit einer Zwangsneurose auswähle.

Eine ganze Menge Ärzte hatten Turnstunde; sie übten „an Ort gehen“ (auf der Stelle treten). Sie standen alle in einer Reihe (hierzu ist zu bemerken, daß die Patientin bereits bei verschiedenen Ärzten in Behandlung gewesen war, aber bei keinem Analytiker — sie wußte von Analyse so gut wie gar nichts). Jeder der Ärzte ist mit einem seine Eigenart köstlich karrierenden Emblem ausgestattet (hierauf kann ich der Diskretion wegen leider nicht eingehen). Ein unbekannter Herr hatte eine Bibel in der Hand und einen Glorienschein über den Kopf. (Einfälle: einem Pfarrassistenten hat sie eine Bibel geschenkt; der Mutter hatte eine Hellscherin gesagt, die Patientin würde durch die Religion gesund.) Ein ganz kleines, gütiges Männchen (der Analytiker!) rührte mit einer Billardqueue in einer großen Waschbütte herum. (Einfall: die Mutter hatte gesagt, es sei fraglich, ob es gut sei, all das Alte in der Patientin wieder aufzurühren.) Über den Herren hing ein großes Bild von Hans (der Name des verstorbenen Kindes; der Tod dieses Kindes spielt bei der Entwicklung ihrer Neurose eine große Rolle. Hans war plötzlich lebendig und drohte mir. Ich sah dies alles aus der Ferne und ging auf Sie (den Analytiker) zu. Sie drehten sich vor mir herum, als wollten Sie mich zu kennen verleugnen. Ich legte mich darauf zu Haus in den Sarg und ließ mich lebendig beerdigen. (Einfall: Die Neurose einer nahen Bekannten der Patientin bestand darin, daß sie immer fürchtete, sie würde lebendig begraben werden.)

Die Billardqueue, die Wäsche, die Reihe der Ärzte, der unbekannte Herr mit der Bibel, der Sarg — alles das sind leicht durchschaubare Symbole, jedes einzelne auf Grund bestimmter Triebregungen, die dem Vater, der Mutter, dem Ehegatten, dem Analytiker gelten. Hierauf brauche ich nicht näher einzugehen, da solche Dinge unzählige Male dargestellt sind.

Ferner sieht man neben diesem kausal bedingten Aufbau der Traumsymbole auch das zweckhafte Arrangement, das dazu dient, dem Geltungsbedürfnis der Patientin zu genügen: ihre behandelnden Ärzte werden verhöhnt, sie haben Turnstunde wie Schulbuben, sie kommen nicht vorwärts mit ihr und treten auf der Stelle. Selbst der Analytiker erscheint nicht nur in eigener Gestalt, sondern außerdem in ziemlich lächerlicher Situation: als kleines Männchen (tatsächlich ist er besonders groß), mit einer Billardqueue in einer Waschbütte rührend.

Endlich ist diese Traumsymbolik Ausdruck der seelischen Haltung der Patientin in einem bestimmten Stadium der Analyse. Ihre eigene Seele ist es, in der die Ärzte auf der Stelle getreten, d. h. mit ihrer Neurose nicht vorwärtsgekommen sind, während sie auf den Analytiker „zugeht“, d. h. ihm entgegenkommt, weil sie Gesundung nicht von seiner Behandlung erwartet (das Herumrühren in der schmutzigen Wäsche hat ja keinen Zweck, sagt die Mutter), sondern von seiner Liebe. Darum sieht sie auch alles andere „aus der Ferne“, so daß ihr Hans, als Verkörperung ihres Schuldgefühls, „droht“. Als sie sich von dem Analytiker mißachtet sieht, legt sie sich zu dem Kinde in den Sarg und läßt sich lebendig begraben, d. h. sie will ihre Neurose aus Trotz gegen den Analytiker, der sie verschmäht, behalten.

Welches neurotische und welches Traumsymbol wir auch nehmen, immer tritt die Kraft der Seele zutage, Bilder für ihre eigene Haltung zu schaffen. Die Abspaltung einer Teilwirklichkeit als Gegenstand der Liebeszuwendung bei der fetischistischen Einstellung — als triebbedingt und als zweckhaft durch die Analyse nachzuweisen — ist doch gleichzeitig ein Bild der geteilten und zerrissenen Seele des Fetischisten; oder der Waschzwang des Zwangsneurotikers: irgendwann leuchtet es in einem solchen Fall als Erlebnis auf, daß Schmutz und Staub, die der Kranke abwäscht, nicht nur Repräsentanten verdrängter Triebeinstellungen sind, sondern daß es im Grunde die eigene Seele ist, die er blank scheuern will. Auf die Frage der psychischen Kausalität will ich hier nicht eingehen — ich habe mich anderwärts darüber geäußert — aber wir fühlen, daß unser seelisches Blickfeld verarmt, wenn wir hier nicht eine ganz eigenartige urtümliche Zuordnung von Erleben und Symbol erfassen, die von der kausalen und finalen Zuordnung grundsätzlich verschieden ist. Keineswegs soll ein seelisches „Verstehen“ von einem eindeutigen Sinn her als letzte und einzige Quelle der Auffassung seelischer Zusammenhänge angenommen werden. Das hieße einen Schritt zurück tun. Die kausale und finale Betrachtung der Symbolbildung behalten ihr Recht, sie sind als Fundierung jener anderen Betrachtungsweise unentbehrlich. Aber ein volles Bild erhalten wir nur, wenn wir jene andere erlebbare Zuordnung anerkennen. Diese Zuordnung entzieht sich vorderhand allerdings der gewohnten wissenschaftlichen Begriffsbildung. Denn das Gegenstandsbewußtsein der Welt des Traumes ist nun einmal durchaus andersartig als das der gewöhnlichen Erfahrung und besonders der wissenschaftlichen Erfahrung. Fast alles, was *Ernst Cassirer* von der im Mythos zum Ausdruck kommenden seelischen Haltung sagt, gilt auch für die des Träumenden: Wie dem Mythos, so fehlt auch dem Traum die isolierende Abstraktion des wissenschaftlichen Kausalbegriffes, und im Traum geht es her wie im Mythos, wo die „Metamorphose“ den Fortgang einer individuellen und konkreten Ding- und Daseinsform in eine andere darstellt, nicht aber wie im wissenschaft-

lichen Denken, wo eine „Veränderung“ als Übergang eines Dinges in ein anderes nur insofern möglich ist, als in ihm ein allgemeines Gesetz sich ausdrückt; und auch für den Traum gilt nicht das *post hoc, ergo propter hoc*, sondern das *juxta hoc, ergo propter hoc*. Der Teil ist auch hier unmittelbar das Ganze, nicht wie in der empirischen Auffassung, wo das Ganze aus Teilen besteht, oder in der Logik des analytisch-wissenschaftlichen Kausalbegriffes, wo er aus ihnen resultiert, und während im Erkennen der Beziehungsbegriff gewissermaßen zwischen die Elemente tritt, da er einer anderen Welt angehört als die Elemente, tritt nicht nur im mythischen Denken, sondern auch im Traum jene „Konkreszenz der Relationsglieder“ auf, die uns vor allem beim Primitiven immer wieder entgegentritt. Alle die genannten *Cassirerschen* Formulierungen der mythischen seelischen Haltung kann man unbedenklich auf den Traum übertragen. Irgendein geheimnisvolles Teilhaben an den Eigenschaften gewisser Gegenstände veranlaßt den Primitiven wie den Träumenden, ganz heterogene Gegenstände für identisch zu halten (*participation mystique*, *Levy-Bruhl*), wobei das Gesetz des Widerspruches ganz ausgeschaltet ist. Und die beiden entgegenlaufenden Tendenzen, ein wirksames Vorbild zu erzeugen und es gleichzeitig zu verschleiern, findet sich in der Symbolbildung des Primitiven, des Mythos, des Traumes und der Neurose. Es ist unzulässig zu sagen, der Neurotiker und der Träumende seien wegen dieser eigentümlichen symbolbildenden seelischen Haltung auf die Stufe des Primitiven „herabgesunken“, denn die höchsten Leistungen der Kultur senken ihre Wurzeln in diese Seelenschicht. Und wer wollte leugnen, daß uns hier im Symbol (ich habe schon einmal darauf hingewiesen) ein Abkömmling jener Bilderwelt entgegentritt, die auch heute noch das Wesentlichste der seelischen Haltung des Menschen bestimmt. Hier kehrt die Seele gewissermaßen in ihre Heimat zurück, hier wirft sie die Ketten des diskursiven Denkens ab, und hier spürt sie ein Heimatgefühl mit allen seinen Erschütterungen.

Was sucht aber die Seele in ihrem urtümlichen Drange nach Verbilderung? Immer in erster Linie sich selbst, und so ist es kein Wunder, daß sie sich selbst im Bilde meint, daß sie sich im Symbol einen eigenartigen Spiegel vorhält, der, weit entfernt einer rationalen Begriffsbildung als Grundlage zu dienen, Züge ihres Gesichts auslöscht und andere hervorhebt, so daß im Symbol schließlich ein Bild von eigener Gestaltung entsteht, mit einem Rest von eigenwilliger und fast spielerischer Zuwendung und mit jener eigentümlich schillernden Stellung zwischen Schein und Sein.

Natürlich bin ich mir bewußt, den Vorgang dieser Form der Symbolbildung nur unzureichend charakterisiert zu haben; aber ich glaube, wenn wir nicht wenigstens den Versuch machen, zunächst einmal durch eine Art vorläufiger „Wesensschau“ dieses Bedürfnis der Seele nach Verbilderung zu erfassen, dann bleibt uns das Wesen des Symbols im

Traum und in der Neurose verborgen, und damit ein Kernproblem unserer psychopathologischen Erkenntnisse im Dunkeln; und dann liegt allerdings die Gefahr nahe, daß diese Erlebniswelt durch die Ratio, durch den Begriff, denaturiert wird.

Denn die in der Symbolbildung zutage tretenden analytischen Tatbestände sind nun einmal durch kausale Fragestellungen ebensowenig wie durch rationalfinale zu erschöpfen. Nun sind aber gerade die Analytiker (und zumal so konsequente und auf so hohem Niveau stehende wie *Heinz Hartmann*) aufs äußerste bemüht, nachzuweisen, daß es Aufgabe der Analyse sei, kausale Zusammenhänge aufzudecken. Das ist das Tragische an der Situation. Die Analytiker haben, wie *Kunz* es formuliert, die Wahrheit der Analyse in einer Weise erfahren, die an Mächtigkeit und Überzeugungskraft die übliche Evidenz der logisch formulierten Einsichten weit übertrifft, sie reihen sie aber noch in die Kategorien der wissenschaftlichen Begriffsbildung ein — eine Einreihung, die dem Wesen dieser Einsichten nicht angemessen ist. Die Gegner fühlen diese Unangemessenheit und machen Einwände, die die erkenntnistheoretische und logische Schwäche der analytischen Konstruktionen bloßstellen. Mit vollkommenem Recht wird von Gegnern der Analyse wie *Erwin Strauß* darauf hingewiesen, daß der Sinn eines Tuns einem anderen Reiche angehört als die biologischen Vorgänge, die ihn verwirklichen, es wird die prinzipielle Unmöglichkeit betont, die Psychologie auf eine nach dem Lustprinzip quantitative regulierte Biologie zurückzuführen und mit Recht hervorgehoben, daß eine atomisierende Psychologie, die der energetischen Betrachtungsweise zugrunde liegt, den Zugang zur eigentlichen Struktur der Erlebnisse versperrt. Ferner ebenso zutreffend, daß bei der kausal-genetischen Auffassung des Aufbaus einer bestimmten seelischen Haltung, insbesondere der neurotischen, vielfach die repräsentative Funktion des einzelnen Eindrucks vernachlässigt wird — die Tatsache, daß der Einzeleindruck, je nach der Zeitstelle, in die er im Strom des Erlebens fällt, eine ganz verschiedene Bedeutung für das Ganze, einen verschiedenen Stellenwert gewissermaßen, besitzt, und vor allem wird auf die Fragwürdigkeit der Abteiling alles seelischen Geschehens aus dem Triebleben hingewiesen und betont, daß die Triebregungen zwar Material des Erlebens sind, daß sie ihre Formung aber aus ganz anderen Quellen gewinnen — und nur einige der bedeutsamsten von *Erwin Strauß* scharfsinnig formulierten Einwände hervorzuheben und von den allbekannten und immer wieder, zuletzt von *Bumke*, vorgebrachten zu schweigen.

Alles das ist unanfechtbar, aber — und das ist das Unbehagliche an der gegenwärtigen Situation — jedem, der einmal die Wirkung analytisch aufgedeckter Zusammenhänge erfahren hat, drängt sich der unwiderstehliche Eindruck auf, daß alle die genannten Einwände zwar richtig, aber gerade in der Seinsphäre, auf die es hier besonders ankommt,

nicht wesentlich sind, daß sie, wie *Kunz* sagt, „ins Unwesentliche abgleiten“. Sie treffen nur das begriffliche Gewand der psychoanalytischen Zusammenhänge. Die Kategorien des begrifflichen Denkens sind notwendig, um überhaupt Wissenschaft aufzubauen, aber gar zu leicht vergessen wir, daß durch den Begriff das Sein „entwest“ wird, daß es „denaturiert“ werden muß, um in unsere Begriffswelt einzugehen. Jeder Gegenstand unserer Forschung trägt diese notgedrungene „Denaturierung“ eher als die menschliche Seele. Gewiß, auch im Biologischen hindern uns die ungeheuren Lücken unserer Beobachtungsmöglichkeiten, aber im Seelischen wird uns diese Schwierigkeit erst recht bewußt. Überall stolpern wir über den Kausalitätsbegriff, obgleich wir seine Unangemessenheit gegenüber dem seelischen Geschehen kennen. Auch der abgesagte Feind aller kausal-genetischen Theorien muß sich kausal-genetischer Ausdrücke bedienen, wenn er etwas Positives sagen will. Auch *Erwin Strauß* spricht davon, daß Kindheitseindrücke den Blick für bestimmte Gelegenheiten öffnen und ihn für andere verschließen, daß sie ein Prinzip der Wahl schaffen, daß die Nachwirkung dieser Eindrücke nachweisbar ist usw., lauter kausal-genetische Ausdrücke. Die Schwierigkeiten einer Formulierung, die dem Wesen des Seelischen ohne allzu schlimme Denaturierung gerecht wird und andererseits in die Rubriken der in der wissenschaftlichen Betrachtung als zulässig anerkannten Begriffskategorien hineinpaßt, diese Schwierigkeiten sind ungeheuer. Man sehe doch, wie *Jung*, *Stekel*, *Frhr. v. Gebattel*, *v. Hattingberg*, *v. Weizsäcker*, *J. H. Schultz*, *Levy-Suhl* u. a. mit der Formulierung der analytischen Erlebnisse ringen. Ob wir mit *Gerbsattel* von der im Dunkel der Unbewußtheit schlafenden Vergangenheit sprechen, die die Augen aufschlägt von dem Erwachen des Vergangenen, dem eine Evidenz und Überzeugungskraft eignet, die bloßen Phantasien oder geträumten Inhalten fehlt, ob wir mit *v. Hattingberg* von der Aktivierung einer verborgenen polaren Spannung im Unbewußten reden, oder ganz allgemein (wie ich es für das Zweckmäßigste halten würde) von dynamischen Wirkungsmöglichkeiten, die beim Kind in unerforschlichen Spuren angelegt, später zur Neurosebereitschaft heranwachsen wie der in den jungen Kürbis eingeschnittene Buchstabe zu einem riesigen Gebilde mit der Frucht heranwächst — immer sind es Bilder, die das deutlich machen wollen, was sich dem Zugriff des rationalen Denkens entzieht. Eine endgültige Formulierung ist aber noch nicht gefunden, wird vielleicht auch nie gefunden werden, und von „intellektueller Sauberkeit“ kann allerdings keine Rede sein.

So kann auch kein Zweifel sein, daß bei der Betrachtung des Aufbaues des neurotischen und des Traumsymbols die verschiedenen Aspekte, der kausale, der finale, der physiognomische nur „eines Strahles schwesterliche Farben“ sind, daß wir uns aber gezwungen sehen, für die wissenschaftliche Rubrizierung den Strahl in seine Farben zu zerlegen.

Kunz bezeichnet die Sachlage glücklich, wenn er sagt, daß in den psychoanalytischen Zusammenhängen ein Ausdruck und Aufbruch einer neuen Weise vorliegt, wissenschaftlich nach den Menschen zu fragen. Diese neue Weise mag man meinetwegen mit *Heidegger* als „existentielle Verwurzelung“ bezeichnen, oder, man mag sich, wie *Kunz* sagt, in dieser Fragestellung seiner zumal triebbedingten Problematik bewußt werden — oder man mag es anders formulieren, das Wesentliche ist, daß eine neue Erkenntnisart in der Wissenschaft Bürgerrecht zu erlangen trachtet, die bisher in ihr nicht anerkannt ist und der Kunst, der Religion, dem Mythos zugewiesen wurde. Daher das Chaos und die Beunruhigung in der Wissenschaft und insbesondere in der Psychologie. Am heftigsten stoßen die verschiedenen Betrachtungsweisen zusammen in dem Problemkreis, der sich um das Symbol und den symbolischen Ausdruck gruppiert. Die Psychologie wird die physiognomische Betrachtungsweise (oder wie man es nun nennen will) als gleichberechtigtes Glied in ihre Methodologie aufnehmen müssen. Andernfalls würde sie uns Ärzte überhaupt nicht mehr interessieren, ja sie würde jeden Zusammenhang mit dem Leben verlieren, sie wäre ein blutarmes Geschöpf, ein Schatten ihrer selbst, ein „Bonmot von vorgestern“.

So also stellt sich die gegenwärtige Situation für den Arzt dar, der im strengsten Geiste exakt-naturwissenschaftlicher Erziehung aufgewachsen ist (und, um das ja nicht zu vergessen!, keine von den Errungenschaften dieser Betrachtungsweise für seine ärztliche und wissenschaftliche Betätigung missen kann), und dem, wie so manchem anderen, als die Schatten bereits länger zu werden begannen, die Beleuchtung des Seelischen in der Krankheit mit der Wucht eines Erlebnisses aufgegangen ist. Und so darf ich also vielleicht die gegenwärtige Lage mit einem Satz kennzeichnen: Die psychoanalytische Betrachtung des Symbols in Traum und Neurose zeigt uns zum erstenmal das unheimliche Faktum, daß eine Auffassung, eine Lehre, eine Art seelischer Zuwendung in ihren erkenntnistheoretischen Grundlagen, in ihrem Begriffssystem als brüchig, vielfach unhaltbar und fragwürdig erwiesen wird, ohne daß dadurch ihr Gehalt, ihre Tiefe, ihre Fülle, ihre Wahrheit und Lebensnähe, die erlebbare Daseinsberechtigung ihrer Tatbestände, ihre Substanz und ihr umwälzender Einfluß auf unsere Auffassung der seelischen Abläufe irgendwie erschüttert oder auch nur berührt würden.

Sehr charakteristisch ist in dieser Beziehung eine Äußerung von *Bumke*. Er meint, die Psychoanalyse werde vergehen, weil sie den Untergang aller Wissenschaft bedeuten würde, „und das würde die Menschheit auf die Dauer doch nicht wollen“. Das scheint mir insofern nicht richtig zu sein, als es der Menschheit gleichgültig ist, ob eine bestimmte historisch begrenzte Periode wissenschaftlicher Betrachtung zu Ende geht oder nicht. Aber insofern hat *Bumke* vollkommen recht, als die gleichberechtigte Aufnahme unserer Betrachtungsweise das Ende

einer Wissenschaft bedeuten würde, in der eine bestimmte Form wissenschaftlicher Begriffsbildung allein als zulässig gilt. Daß die Seele ein eigenwilliges Wesen ist, das sich dem Zugriff rationaler Begriffsbildung vielfach entzieht, das kann zwar niemand bestreiten. Aber auf die Akzentverteilung kommt es hier an: während die Forscher der alten Schule die Existenz der rational nicht faßbaren Zusammenhänge zwar achselzuckend als nun einmal nicht abzuleugnen zugeben, aber ihnen den Eingang zu den Toren der heiligen Wissenschaft verwehren wollen, sehen diejenigen, die diese Zusammenhänge als wirksam erlebt haben, in ihnen gerade den wesentlichen Gegenstand ihrer wissenschaftlichen Bemühungen. Es ist nicht zu leugnen, daß es paradoxerweise gerade die Psychoanalyse selbst ist, die jener ersten — wie die Psychoanalytiker so gerne sagen, seelenblinden — Einstellung die besten Waffen in die Hand gedrückt hat. Wir wollen aber daran festhalten, daß die Wissenschaft vom Menschen — vom ganzen Menschen, denn die liegt uns Ärzten am Herzen — ihre Wurzeln in den Mutterboden der naturwissenschaftlichen Betrachtungen senken muß; aber ihre Blüten, die freilich aus dem gleichen Boden durch eben diese Wurzeln ihre Säfte saugen — die mögen sich in einem eigenen Lebensraum zu eigenwertiger Gestalt entfalten.

(Autoreferat.)

S. Löwy (Bratislava): **Die verschiedenen Träume derselben Nacht.**

Der Traumvorgang steht in Verbindung mit dem affektverarbeitendem, tiefem psychischen Mechanismus. Er dient dem „Stoffwechsel“ der Affekte. Hinter den verschiedenartig gezeichneten Traumbildern derselben Nacht verbirgt sich der phasische Ablauf desselben physiologischen Vorganges. Gemeinsame Motive in den verschiedenen Träumen (manifest und latenter Inhalt) sprechen für die gemeinsame Grundlage. Das Studium dieser Gemeinsamkeiten ist in der aktiven Analyse von großem Nutzen.

(Autoreferat.)

Feldmann (Budapest): **Traum und Krankheit.**

Feldmann untersucht die Frage, wie sich der Traum bei organischen Erkrankungen verhält. Auf Grund von Beschreibungen besonders zweier Fälle und seiner analytischen Erfahrung kommt *Feldmann* zu dem Schluß, daß die Psyche an einzelnen Stellen des Organismus weniger rezente Gebiete zu verschaffen vermag, die den Anspruch, die Ausbreitung und den Ort der organischen Erkrankung bestimmen können. Er führt weiterhin aus, daß die anlässlich einer somatischen Erkrankung zustande gekommenen Träume nicht nur Reaktionen auf die körperliche Krankheit darstellen, sondern gleichzeitig den Ausdruck für die Ursache der somatischen Erkrankung bedeuten. Es scheint, daß der Traum nicht nur Krankheiten kennt, sondern auch Leiden in sozialem und seelischen

Sinne. Es hat sogar den Anschein, daß der Traum die Krankheit nur als einen von außen hereingekommenen Begriff kennt, im Grunde genommen ist ihm nur die Ursache der Krankheit, das Leiden bekannt.

Feldmann wirft auf Grund seiner Untersuchung den Gedanken auf, ob der Traum nicht als ein diagnostischer Apparat anzusehen ist. Die Psyche kennt alles, da sie die Art und das Individuum schon seit ihrer Entscheidung begleitet, und somit muß auch der Traum alles wissen, da doch der Traum die par excellence Psyche ist. Wir wissen von der Traumanalyse, wie ausgezeichnete Erinnerung der Traum in Hinsicht auf das Individuum und Art hat. Der Traum kündigt Krankheiten an, erklärt Krankheiten und begründet sie auch. (Autoreferat.)

Fritz Mohr (Düsseldorf): **Die direkte Verständigung mit dem Unbewußten durch Träume und andere Symbole.**

Mohr weist an Beispielen auf die Vorteile des Versuches, sich direkt mit dem Unbewußten zu verständigen, hin. Zusammenfassend stellt er diese Vorteile zum Schluß folgendermaßen dar:

„Zunächst kann man bei besonders widerstrebenden Patienten die Widerstände umgehen. Freilich ist dabei zu beachten, daß man gerade in dieser Hinsicht sehr vorsichtig sein muß, um sie nicht erst recht zu wecken. Eine genaue Kenntnis der gesamten Reaktion des Patienten ist also oft vorher nötig. Man muß intuitiv die richtige Stelle erfassen, wo man einhaken darf. Ferner kann man, was übrigens mit dem oben besprochenen eng zusammenhängt, auf diese Weise besonders bei Ungebildeten und Halbgebildeten bis zu einem gewissen Grade die moralische Entrüstungsreaktion, die eine rein rationale Aufklärung manchmal in so unliebsamer Weise hervorruft, vermeiden. Aus beiden Gründen kommt man auf einem solchen Wege in manchen Fällen schneller vorwärts, was namentlich in bestimmten Phasen von großer Wichtigkeit sein kann. Will man speziell somatische Wirkungen vom Unbewußten her anregen, so hat man in dieser Methodik ein besonders leicht und rasch wirkendes Mittel an der Hand, denn wir greifen dadurch mehr an der gemeinsamen biologischen Wurzel an, also da, wo Psychisches und Physisches noch mehr oder minder undifferenziert ineinander übergehen. Namentlich der Vasomotorenapparat ist dadurch leichter in Bewegung zu setzen.

Daraus ergeben sich dann auch die Indikationen im einzelnen. Diese Art des Vorgehens ist vor allem angebracht bei Kindern, bei Ungebildeten und begrifflich wenig Geübten, mit denen man sich rational überhaupt nicht verständigen kann. Ferner bei Fällen, die entweder infolge ihres Alters oder wiederholter erfolgloser bzw. technisch falscher analytischer Versuche sehr mißtrauisch und besonders widerspenstig sind. Weiterhin bewährt es sich auch dann, wenn nur kurze Zeit für die Behandlung zur Verfügung steht und man daher weder warten kann, bis eine genügend

festen Übertragung da ist, noch bis die Widerstände überwunden sind. Endlich kommt es während einer sonstigen systematisch durchgeführten Analyse immer dann in Frage, wenn die Zusammenarbeit zu stocken beginnt.“

II. Somatologische Referate.

G. R. Heyer (München): **Die Behandlung des Seelischen vom Körper aus.**

Ich möchte mich in meinem Einleitungsreferat darauf beschränken, einige grundsätzliche Gedanken zu entwickeln. Praktische Erfahrungen und Möglichkeiten, wie das Körperliche auf das Seelische wirkt, werden ja die nachfolgenden Vorträge derjenigen Herren vermitteln, die auf den jeweiligen Sondergebieten spezielle Erfahrungen besitzen. Übersichtlich ist die Zahl dieser Erfahrungsgebiete noch nicht, das zeigt Ihnen das Programm — auch wenn manches (z. B. das Thema Geopsychisches) heute leider fehlt. Brauchbare praktische Erfahrungen, d. h. solche, die einer ersten Kritik standhalten, gibt es zu unserem heutigen Thema noch relativ wenig.

In der stärkeren Berücksichtigung auch des Somatischen muß man aber heute eine dringende Notwendigkeit für unsere Psychotherapie erblicken. Sie ist der Kinderzeit erwachsen, in der sie streng und einseitig vertrat und vertreten mußte: daß seelische Krankheiten nur seelisch verstanden und behandelt werden dürften. Der Protest der Anfangszeit gegen den alten Brauch, Seelisches somatisch zu verstehen (bzw. mißzuverstehen) und zu „therapieren“ war wichtig, weil er nötig war. Gegen die Gehirnmythologie, den Hokusfokus electrotherapeuticus, den Bromstumpfsinn, den Unfug der Beruhigungsmittel, das Medikamentenschema und operative Wahnsysteme mußte erst einmal eindeutig und scharf Front gemacht werden, auch wenn wir den körperlichen Anteil eines Leidens dabei sicher oft arg übersehen haben, diagnostisch und therapeutisch. So wie wir uns in der Entdeckerfreude darüber, wie viele vordem als körperlich angesehene Störungen psychogenetisch und psychotherapeutisch erfaßbar sind, auch in der klinischen Beobachtung und in experimentellen Versuchen bisher einseitig für die Einwirkung des Seelischen auf den Körper interessiert haben, nur diese studierten, bewiesen, benutzten. Gerade aber, da in den dabei gewonnenen Erkenntnissen die Vorstellung der „Leib-Seele-Einheit“ erwuchs, wird uns nun zwangsläufig wieder deutlich, daß wenn an dem Bild der Leib-Seele-Einheit etwas Richtiges ist — nicht nur, wie die psychotherapeutischen Extremisten es wollen, jedes Leiden grundsätzlich nur seelisch versteh- und behandelbar ist, sondern daß es das Umgekehrte ganz genau so gibt.

Es ist nicht mehr statthaft, daß der Psychotherapeut die physische Seite eines Krankheitsgeschehens einfach als nicht vorhanden betrachtet, sie hinwegpsychologisiert.

Es ist aber auch nicht richtig, wenn er die somatische Behandlung unbedenklich nach den Grundsätzen und Methoden der alten Klinik sei es selber vornimmt, sei es gar durch einen anderen Kollegen erledigen läßt.

Das mag revolutionär klingen. Ich hoffe aber, Ihnen im folgenden darstellen zu können, daß wir einen biologischen Fehler begehen, wenn wir das naiv tun. Psychologisch arbeiten wir, soweit wir analytisch denken und vorgehen, in einer recht anderen Welt als die alten Schulen, die Psychiatrie (zu deren Methoden auch das suggestive Verfahren zählt), und die innere Klinik, die jener konform orientiert ist. Wir haben eine grundsätzliche Neuordnung, prinzipielle Umstellungen erlebt, soweit wir analytische Seelenärzte sind. Es ist ein Widerspruch, wenn wir als solche physiologisch unkritische Schüler der alten Klinik bleiben. Hierauf hinzuweisen halte ich für eine wichtige Aufgabe der heutigen Referate. Und um es noch einmal zusammenfassend vorwegzunehmen: eine der Psychoanalyse entsprechende physiologische Theorie und Therapie, d. h. eine unseren psychologischen Anschauungen vom Wesen der krankhaften Störungen und eine unseren psychologischen Methoden zu deren Behebung konforme physiologische Orientierung besitzen wir nicht als wohldurchdachtes System und als konsequente Klinik, sondern nur in zerstreuten Bruchstücken.

Vielleicht ist es in unserem Kreis das Einfachste an der Gegenüberstellung von Hypnose und Suggestion einer-, von Analyse andererseits, die grundsätzlichen Verschiedenheiten zu skizzieren.

Suggestive sind „zudeckende“ Verfahren. Als Hypnotiseur schläferne ich die subjektiven Störungen, die ein innerer Konflikt bewirkt, ein; diesen selbst behandle, ja erfahre ich vielfach gar nicht. Ich treibe Symptomtherapie, indem ich zurede, ausrede, tröste oder anherrsche. Solchem Modus procedendi entspricht es, wenn ich auf körperlichem Gebiet Schmerzsymptome lindere — z. B. durch Morphinum, Aspirin u. dgl.; — wenn ich schlaffe Organarbeit antreibe — etwa durch Abführmittel, Diuretica oder Arsen; — wenn ich fehlende Leistung durch Zufuhr von Stoffen ersetze — z. B. durch Insulin die Pankreasarbeit; — wenn ich mechanisch funktionelle Spasmen sprengte — beim Vaginismus oder Cardiospasmus z. B.; — oder wenn ich die mangelhafte Tätigkeit einzelner Körperteile — wie etwa die fehlende Spannung des Fußgewölbes durch Einlagen — dadurch zu beheben versuche, daß ich eine Krücke gewähre; hierfür wäre auch ein Beispiel die vielfach so gedankenlos und schematisch geübte „Korrektur“ von Sehstörungen durch Gläser.

Genug der Beispiele. Sie ließen sich leicht vermehren. Diese Formen der Somatotherapie entsprechen unseren suggestiven Methoden, indem die eigentliche, tiefere Ursache einer Störung nicht aufgesucht wird; und insofern, als sie nicht zu vermehrter oder geordneterer Funktion

erziehen. Die chemisch und mechanisch wirkende Symptom- und Krückentherapie — wie ich sie ganz ohne Werturteil einmal kurz benennen möchte — kennt deswegen keine Krisis. Das kennzeichnet ihr Wesen wie die Ebene in der sie operiert. Auf die Bedeutung der Krisis in der Behandlung wird noch immer viel zu wenig geachtet. Ich entsinne mich beispielsweise einer Diskussion, die an einen Vortrag *Sauerbruchs* über die sog. *Gersonsche* Diät anschloß. Die Heilerfolge, die *Sauerbruch* berichtet und vorgestellt hatte, wurden dabei von namhaften Klinikern als Ergebnis von suggestiven Einwirkungen auf die Kranken bezeichnet. Ohne mich auf die Gersonbehandlung hier einlassen zu wollen: dieser Einwand durfte nicht gemacht werden. Denn die genau mitgeteilten Krankheitsgeschichten und Fiebertafeln zeigten in der Mehrzahl der Fälle eine so typische Krisis, daß einfache Suggestion ausgeschlossen war. Suggestive Hilfe nämlich kommt von außen und bleibt letztlich äußerlich; sie hilft dem Kranken, aber nicht dadurch, daß sie ihm hilft, sich zu selbst helfen. Zumindest ist dies nicht ihr Prinzip.

Wenn man biologischer Ethiker sein wollte, könnte man wohl von einer „unethischen“ Form der Behandlung sprechen. Mir sind alle Ethiker als wirklichkeitsfremde Theoretiker äußerst verdächtig; und ich bin deswegen weit davon entfernt, dies zu tun. Wenn *Freud* sagt, daß das Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion faute de mieux oft gemischt werden müsse, so gilt das auch somatisch durchaus. Symptomtherapie und die Krücke sind außerordentlich unvermeidlich. Sie sind auch oft das einzig Richtige. Es gibt Fälle genug, in der sie ausreichen, etwa derart oberflächliche Störungen (*I. H. Schultz* hat diese Schichtung klar gezeichnet), daß es sinnlos wäre, solch passagere Störungen analysiform angreifen zu wollen. So wenig wie jede harmlose seelische Unsicherheit, einen vorübergehenden Kurzschluß mit der Analyse des Geburtstraumas oder der Auseinandersetzung über die letzten Dinge behandeln werden, so unendlich oft *Kronfelds* Psychagogik, ja sogar einfaches Trösten, Ermutigen oder gelegentlich eine wohlwollende Grobheit die Lage klären können, genau so wird man auch physisch ein gelegentliches Kopfweh, eine harmlose Verstopfung, eine unwesentliche Schlafstörung mit den üblichen klinischen Mitteln in Ordnung bringen. Und dann das Heer der Fälle, in denen psychisch wie physisch der Karren so verfahren ist, daß andere als solche von außen stützende Hilfe überhaupt unmöglich wurde!

Aber grundsätzlich müssen wir uns bewußt sein darüber, was wir tun.

Die Analyse denkt und handelt in einer anderen Welt als die Suggestionstherapie. Analytisch denken heißt Gesundheit und Krankheit als das Ergebnis eines richtig bzw. falsch balancierten seelischen Geschehens ansehen, also dynamisch und nicht statisch, funktional, nicht morphologisch denken. Dem Analytiker ist nicht so sehr der status praesens wichtig, sondern wie es zu ihm gekommen ist und was

aus ihm werden möchte. Lebendiges Geschehen aber vollzieht sich stets in der Spannung gegensätzlicher Pole, wie sie der Analytiker kennt, sieht er nun diese Gegensatzpaare in Trieb-Ich und Über-Ich, in Machtstreben und Minderwertigkeitsangst oder in den verschiedenen Funktionen der *Jung*schen Psychologie. Diese biologische Grundtatsache, daß Gesundheit kein status sondern ein actus, daß sie das Ergebnis der „prachtvollen Spannung“ ist, Krankheit einer Verschiebung in diesem agonalen Spiel entspricht, finden wir ja auch körperlich sofort, wenn wir — sagen wir in Kürze und wohl jedem Kollegen sofort verständlich — die *Virchowsche* Klinik (die von der Physiologie des genialen *Johannes Müller* zur pathologischen Anatomie umschwenkte) verlassen und ein Stockwerk tiefer ins Körpergeschehen blicken; nämlich in den agonalen Gegensatz innerhalb des unwillkürlichen Nervensystems, des endokrinen Orchesters, des Ionenhaushaltes. Hier stoßen wir auf die uns wohlbekannte bipolare Spannung: — überall da wo nicht pathologisch-anatomische Strukturveränderungen geprägter Formen, sondern wo funktionale Aktivität und Passivität entscheidend sind. Die Parallele, meine ich, ist deutlich: In den Formeln der Psychologie von *Nietzsche* und *Freud* spüren wir vom seelischen Leben nichts Eigentliches; erst durch deren neue dynamische und polare Lebenssicht wissen wir etwas wieder vom Geist, indem wir ihn in seinem notwendigen Gegensatz zur Seele, da wir sie in ihrer Polarität zum Körper sehen. Und genau so treffen wir das entscheidende physische Leben nicht da, wo es aus lebendigen Kräften zur festen Form erstarrt, wo es aus der irrationalen Natursphäre herausgehoben oder gefallen ist. Wobei „irrational“ sagen will, daß in dieser Sphäre nicht das Entweder-Oder, sondern das Sowohl als Auch regiert.

Wir müssen uns gestehen, daß unsere Mittel in diesen Bereich des biologischen Geschehens einzudringen, bedauerlich gering sind. Analytisch, freilich, da bewegen wir uns in diesen Sphären mit erfreulicher Klarheit. Somatotherapeutisch aber gibt uns unsere ärztliche Schule herzlich wenig Mittel an die Hand, das sympathische System (einschließlich des Zwischenhirns), die endokrinen Drüsen oder das — wie die alten Ärzte sagen — humorale Leben zu behandeln — im Sinne von erziehen.

Auf einen weiteren Unterschied will ich nur kurz verweisen. Der Suggestivtherapeut in seiner Lehrer-, Führer-, Bezwingenrolle macht als ein Dritter die Heilung — so wie er sie auffaßt. Wir Analytiker sind bescheidener, vielleicht darf man sagen ehrfürchtiger geworden. Wir wissen, daß wir niemand heilen können; daß wir nicht mehr leisten können als der Natur zu helfen, sich zu heilen. Wir bewirken, wenn wir es richtig machen, lediglich die für die Heilung günstige Konstellation. Gerade die Tatsache der Übertragung illustriert das, wie auch die Forderung der Passivität des Analytikers. Wir sind seelische Geburtshelfer. Die Geburt aber macht die Natur. Sie ist der transzendenten Funk-

tion überlassen. *Hauer* hat voriges Jahr davon gesprochen, als er den *Purisha* nannte. Psychoanalytisch herrscht hierüber erfreuliche Klarheit. Die somatotherapeutischen Verfahren pflegen — auch hier wieder ganz analog der Suggestion — noch vielfach auf dem Standpunkt zu stehen, der Arzt heile die Krankheit direkt. Lesen Sie die Anzeigen von Heilmitteln, dann finden Sie diesen Standpunkt meist deutlich ausgesprochen. Hier hat die Befürwortung der sog. naturgemäßen Heilweise bei aller oft unangenehmen Färbung ihren richtigen Kern.

Ein kleines Beispiel dafür, was ich mit der „Erziehung“ des Organismus meine. Wir haben in dem Darmbad- oder Gymnakolonverfahren eine Methode, um den trägen oder verkrampften Darm zu beeinflussen. Dem Kranken fließen über 20 l Flüssigkeit im Verlauf einer Stunde durch den Darm. Dieser wird damit vor die Aufgabe gestellt, mit diesem ihn langsam immer wieder füllenden Inhalt fertig zu werden. Der Mensch selber wie sein Darm lernen es dabei, dies richtig zu machen; besser gesagt, dies richtig geschehen zu lassen — d. h. in völliger Passivität des Bewußtseins, ohne alles Wollen den Reiz anschwellen zu lassen, auf die „Welle“ zu warten, ihr, wenn sie sich meldet, nachzugeben usw. Also eine wirkliche Erziehung, im klaren Gegensatz zu aller Abführmitteltherapie sonst. — Nur nebenbei bemerkt; diese Methode bewährt sich, wie ich im Gymnakoloninstitut unseres Münchener Kollegen *Osborne* sah, auch generell vortrefflich, um im Erleben dieses passiven Geschehens der Unterleibsvorgänge die allgemeine seelische Haltung der Verkrampften, der Willensfanatiker und derer, die da meinen, alles selber machen zu müssen, zu beheben. Manchen Typen wird vom Körper aus leichter deutlich, was sie verkehrt machen und wie es richtiger geschieht, als durch psychologische Erfahrung.

Und schließlich noch eines. Für den Suggestivtherapeuten — und analog für den durchschnittlichen Kliniker — hat das Leiden einen Grund, eine Ursache. Wenn er überhaupt mehr als den status sieht, denkt er kausal. Die Analyse aber stellt außer dieser Frage vielfach auch die nach dem Sinn einer Störung, denkt also auch final; dies jedenfalls, soweit sie nicht rein reduktiv vorgeht. Sie bringt die Analyse wieder in die Nähe, ich möchte nicht sagen der Konfession, aber der Religion. Was ich psychologisch damit meine, ist klar, wenn ich daran erinnere, daß etwa eine Depression einem Menschen die Existenz und wirksame Wichtigkeit von Wesenteilen und -seiten deutlich macht — darf ich personifizierend sagen: ihm deutlich machen möchte — die er bisher allzusehr vernachlässigt oder vergewaltigt hat. Die Depression hat also neben ihren kausal zu erforschenden Ursachen auch noch einen Sinn, der verstanden werden möchte. *Novalis* sagt: „Unsere Krankheiten sind alle Phänomene einer erhöhten Sensation, die in höhere Kräfte übergehen will.“ Deswegen ist für den nicht nur reduktiv arbeitenden Analytiker Beschwerdefreiheit nicht dasselbe wie Gesundheit und

ist — wichtiger noch — Leiden keineswegs ohne weiteres Krankheit; jedenfalls nicht Krankheit im Sinne des Defekts. Und deswegen kann das Beseitigen von Beschwerden um jeden Preis (was ja psychisch und physisch in gewissem Grade möglich ist) insofern das Falsche sein, als wir uns damit gegen Wachsschmerzen wenden, Wachstumsversuche unmöglich machen. Analytisch wissen wir, daß alle seelische Entfaltung solche Schmerzen macht, daß ein Straucheln nicht nur durch Rückwärts-hängen, sondern auch durch noch unsicheres Vorwärtstreben bedingt sein kann; wir sprechen von Erstverschlechterungen, Krisen usw. Aber physiologisch!

Ich kenne nur wenige klinische Behandlungsformen, die freilich auch noch oft reichlich grob, aber doch bewußtermaßen und prinzipiell nicht in der Beseitigung störender Momente, sondern in der Leistungssteigerung, d. h. also in der Überführung „in höhere Kräfte“ ihr Wesen haben — die Reiztherapien; also die aktive Immunisierung und die parenterale Eiweißbehandlung. Weitere Heilverfahren aber, die solche „bio-ethischen“ Momente ebenfalls bergen, pflegen nicht in der Bel-etage der klinischen Hochschule vorgetragen zu werden, sondern führen ein unverdientes Domestikendasein im Souterrain: eben all jene Heilverfahren, für die keine kapitalkräftige Industrie Reklame macht, die keine Operateurhonorare bringen, die unendlich viel Anforderungen an den Arzt und seine menschliche Persönlichkeit stellen (soviel mehr Anforderungen an den Somatotherapeuten gegenüber dem üblichen Rezeptieren und Operieren, wie das Analysieren gegenüber dem suggestiven Massenbeglücken) — Verfahren aber, die dadurch lohnen, daß sie dem Arzt doppelte Befriedigung gewähren. Einmal das Bewußtsein, dem Lebendigen wirklich zu helfen, nicht nur Flickarbeit zu leisten. Und dann: ihm den berechtigten Stolz geben, nicht Techniker, sondern Handwerker im alten Sinne zu sein; in jenem Sinn, der dem Meister immer ein gut Stück persönlicher Leistung und künstlerischer Gabe zuerkannte.

Diese Verfahren werden heute eingehende Berücksichtigung finden: Gymnastik und Sport, Atembehandlung, Massage, Hormon- und Homöopathie, die Einwirkung von Klima und Bad.

Bei der Erwähnung der unspezifischen Reiztherapie muß ich auf ein weiteres freilich noch hinweisen, denn auch hier stoßen wir wieder auf ein entscheidendes Charakteristikum. Generell wirken schon die üblichen Nervenpräparate, die wir geben (etwa Promonta, Rekresal usw.), auf den allgemeinen Nervenstatus oder Stoffwechsel günstig, aufbauend, substituierend usw. ein. Genau wie etwa die Ermutigung auf einen Patienten in Suggestivbehandlung. Diese Allgemeinwirkung ist auch der unspezifischen Reiztherapie eigen. Sie bewirkt eine nicht weiter differenzierte größere Leistung des gesamten Organismus. Wenn daneben sensiblere Zellen und Zellverbände spezifisch besonders reagieren,

ist das das Ergebnis der organischen Reaktion, die aber nicht wir in der Hand haben und die wir kaum beherrschen können.

Wir Analytiker aber wissen, daß das seelische Leben differenzierter ist, allzu differenziert, als daß man psychologisch mit relativ grobem Geschütz darin und darauflos arbeiten möchte. Besonders aus den Studien über die Organneurose haben wir gelernt, daß die verschiedenen seelischen Kräfte oder Prozesse — im Sinne der Leib-Seele-Einheit verbildlicht — ihr körperliches Äquivalent in der Funktion jener entsprechender Organe und Organsysteme haben. So gibt es z. B. die mit dem Mund-Magen-Darmgeschehen verbundene erhaltende Seelenkraft, welche Außenwelt aufnimmt, sie ihres fremden und feindlichen „Mana“ beraubt und in den eigenen lebendigen Rhythmus verwandelnd einverleibt. Es gibt die — durch die etwas einseitige Arbeit der Sexualanalytiker besonders gut bekannte — zeugerisch-genitale Lebensfunktion. Ebenso gibt es die, wie mir scheint, mit dem Ichselbst, seiner Sicherheit und Festigkeit zusammenhängende besondere Seelenhaftigkeit von Herz und Blut usw. Von der seelischen Seite aus wissen wir, daß die analytische Beschäftigung mit diesen verschiedenen Seelenprovinzen zu einer entsprechenden Belebung, einem konformen Libidozufluß zu den diversen körperlich entsprechenden Organen führt. Wir arbeiten dadurch vom Psychischen aus am Organ und zwar spezifisch. Daß dies geschieht, brauche ich in diesem Kreise an der Beobachtung nicht zu erweisen: wie Krisen und andere Sensationen das Erwachen einer eingeschlafenen oder gehemmt gewesenen Funktion eröffnen, wie dann schließlich oft rein morphologisch der Effekt der lebhafteren oder geregelten Funktion zu erweisen ist, etwa als Größenzunahme des Uterus oder der sekundären Geschlechtsmerkmale, als Regelung der Periode, als Wachstum von Haaren, als Veränderung der Schilddrüse, als — röntgenologisch kontrollierbare — Umstellung von Magen, Darm usw.

Welche vom Körper aus wirksamen Behandlungsmethoden besitzen wir, um entsprechend spezifisch auf die Organfunktion im Sinne vermehrter Libidobesetzung (also der Durchblutung, der Tonisierung, der Sekretion usw.) erzieherisch einzuwirken? Hier stehen wir klinisch, wie mir scheint, mit ganz besonders leeren Händen da. Die Hormontherapie verspricht wohl Möglichkeiten; aber sie steht noch sehr in den Anfängen. Von den Möglichkeiten, die uns Atembehandlung, Gymnastik, Massage geben, wird nachher gesprochen werden. Ich begnüge mich deswegen, gerade auf diese Heilmethoden auch einleitend besonders zu verweisen. Und möchte insbesondere — weil es mir nicht ehrlich vorkäme, das zu unterlassen — ausgesprochen haben, daß ich (in jahrelanger Zusammenarbeit mit meinem Freund und Kollegen *Schweninger* in München) die bestimmte Überzeugung gewonnen habe, daß wir von homöopathischer Therapie unserer analytischen Arbeitsweise überraschend konform sowohl allgemeine Gesichtspunkte wie biologische

Wirkungen erwarten dürfen. Darüber aber wird ja Herr *Meng* als Spezialkenner genauer berichten. Homöopathie (deren erfolgreiche Ausübung meines Erachtens ebenso wie die der Analyse an besondere Eignung des Arztes geknüpft ist) ist — nicht wie die Eiweißbehandlung unspezifische, sondern — spezifische Reiztherapie. Sie ist nicht — wie die übliche klinische und wie die suggestive Behandlung — Symptomverdeckung; und ist auch nicht „Krücke“; sie ist vielmehr Funktions-training und führt deswegen — genau wie die Analyse — durch die Krise, das was *Hattingberg* als die „Erschütterung“ bezeichnet.

Sie werden sich vielleicht wundern, daß das Thema „Ernährung und Diät“ nicht vertreten ist. Aber, ohne daß damit irgendeinem Theoretiker oder Praktiker zu nahe getreten werden soll, die Herren des Vorstandes und ich haben uns vergeblich besonnen, wem wir ein Referat hierüber vorschlagen sollten.

Gewiß, es gibt eine Unmenge von Anweisungen und noch mehr von Behauptungen, was der Mensch essen bzw. was er nicht essen solle, um auch seelisch gesund zu bleiben bzw. es wieder zu werden. Die große Mode von heute ist die ganze oder teilweise Vermeidung des Fleisches, sei es reine Pflanzenkost oder sei es die reine Rohkost. Ebenso finden Sie Kochsalzgegner; solche, die das Glasieren des Reises oder der Kaffeebohne bekämpfen; Sie hören von den Feinden der sog. Genußmittel die Versprechung jedes seelischen Aufschwungs. Andere wieder sind Propheten kurzer oder wieder andere wochenlanger Fastenkuren. Kurz: ein Tohuwabohu von Meinungen. Diese sind samt und sonders schon physiologisch alles andere als unbestritten. Dieselben Erfolge, deren sich ein weltbekanntes Rohkostsanatorium rühmt (und die es zweifellos auch hat), verspricht ein anderes ebenso bekanntes Sanatorium, in dem schon das Frühstück des Patienten von Schinken und Eiern prangt und eine wahre Eiweißmast geübt wird. Ich erinnere Sie nebenbei auch nur an die immer noch strittige Frage des Eiweißminimalbedarfs des Menschen. Dieser Unsicherheit entsprechend werden die Auseinandersetzungen zwischen den Anhängern der verschiedenen Systeme mit leidenschaftlicher Heftigkeit geführt — welch selbe uns ein deutlicher Hinweis darauf sein darf, daß es sich hier, auf sachlich ungesichertem Boden, um Weltanschauungsfragen handelt. Ehe nicht der weltanschauliche Hintergrund all dieser Ernährungssysteme psychologisch durchschaut und durcharbeitet ist, bedeuten sie uns psychotherapeutisch herzlich wenig! Wozu kommt, daß die von den Ernährungsreformern in der Regel praktizierte Psychotherapie etwa auf der Höhe des braven Schweizers *Dubois* zu stehen pflegt, für uns hier und heute also nur musealen Wert hat. Ich entsinne mich bei derartigen Diskussionen immer mit viel Vergnügen eines öffentlichen Streits, der (es war in der schönen müßigen Zeit vor dem Kriege) in Ascona unter den dortigen Naturmenschen entbrannt war: zwischen den Cocophagen und den Banano-

phoren. Jene, die alles Körper- und Seelenheil vom ausschließlichen Genuß der Kokusnuß erwarteten, griffen diese, die sich der Banane verschworen hatten, mit vielen ernstlichen, auch physiologischen Argumenten an. Bis schließlich deutlich wurde, wo des Pudels Kern zu suchen war: indem nämlich die Kokosesser die Banane und ihren Genuß dadurch zu verdammen wußten, „daß schon die grobsinnliche Form dieser Frucht zeige, wes Geistes Kind sie und ihr Verzehrer sei.“

Tatsächlich basieren auch wohl alle diese, das Seelische durch Nahrungsauswahl bzw. durch Fasten beeinflussenden Methoden letztlich auf metaphysischreligiösen Hintergründen. Was aber helfen uns solche? Insbesondere, da diese Weltanschauungen nicht europäisch-germanischer, sondern orientalischer Herkunft zu sein pflegen (Mazdaznan, Theosophie usw.). So wenig wir aber den Glauben des Chinesen oder des Inders einfach übernehmen können, so wenig können wir die ja auch rassisch, klimatisch und historisch so ganz anders fundierten Ernährungssysteme von „Draußen“ schlechtweg auf uns Hier und Heute übertragen. Gewichtige Anregungen mögen uns von dort kommen, aber nie fertige Regeln! Auch sollte man, mehr als es oft geschieht, bedenken, daß das Essen, jedenfalls wenn wir lebendig, wenn wir psychophysisch orientiert sind, nicht als mechanisches Tun (oder Lassen) wirkt, daß die Nahrung ihre biologische Bedeutung nicht nur als Wirkungsträger gewinnt, daß sie vielmehr auch Ausdrucksmittel seelischer Einstellung und Auffassung ist. Beides zusammen gibt erst ihre eigentliche Bedeutung. In der Sprache des Primitiven gesprochen: ich muß mich mit dem „Mana“ des von mir Aufzunehmenden auseinandersetzen; unmöglich ist es, a priori zu entscheiden, welches „Mana“ zu suchen oder zu meiden ist. Denn das richtet sich danach, was für eine Vervollkommnung ein Mensch und Menschentyp sich wünscht. So ist es eine reine Weltanschauungsfrage, ob man das „Mana“ der animalischen Wesen zu meiden müssen glaubt, oder ob man es sich einzuverleiben für nötig erachtet. Der eine wird das „Tier“ in sich aushungern, der andere aber gerade kräftigen wollen. Und lange könnte man sich darüber streiten — dies aber nicht auf wissenschaftlich zu entscheidender Grundlage; ob ich das tierhafte (in mir und außer mir) dadurch mehr achte und „erhebe“, daß ich es meiner menschlichen Wesenheit einverleibe oder dadurch, daß ich das unterlasse.

Mir scheint, daß die Ernährungsfrage überhaupt noch falsch gestellt ist, wenn „das Fleisch“, die „Pflanzenkost“, „die Rohkost“ propagiert werden. Es gälte vielmehr zu unterscheiden zwischen speziell therapeutischen und solchen Kostformen, die generell richtig sind. Und auch dabei wieder zwischen Typen von Menschen. Psychologisch macht es einen gewaltigen Unterschied, ob wir nordische oder romanische Menschen behandeln, ob Intra- oder Extravertierte, hysterische oder Zwangstypen usw. Diätetisch sollte es aber ganz gleichgültig sein, wo einer

herkommt und wie er beschaffen sei? Sollte man alle nach einem einzigen allein gesundmachenden Kotschema behandeln dürfen? Das will mir nicht einleuchten.

Das sind nur einige der zahlreichen Fragen, die meines Erachtens das Thema „Nahrung und Nahrungsenthaltung“ als noch außerordentlich unklar kennzeichnen. Bitter not tun uns gerade hier Erfahrungen, die physiologisch und psychologisch gleichermaßen sorgfältig gesammelt würden. Die vorliegenden klinischen Arbeiten werden wir (wie die Erfahrung anderer Völker) benutzen müssen; aber mit Vorsicht — denn, wie wir alle wissen, berücksichtigen die meisten Forschungen den seelischen Faktor kaum. Um es nur ganz kurz zu exemplifizieren: Sie lesen viel über den Hunger, wenig aber über den Appetit. Daß es aber ganz ohne Zweifel für seelische Gesundheit und Gesundung eminent wichtig ist, was wir essen, wieviel wir essen und was wir nicht essen, wird niemand bezweifeln. Hier liegt meines Erachtens ein gewaltiges Arbeitsgebiet wissenschaftlich noch so gut wie unbebaut vor uns.

Ich habe, was ich für den Sinn meiner Einleitung hielt, gesagt. Bitte halten Sie mich nicht für einen Verächter bisheriger Arbeitsweisen. Wie ich selber häufig suggeriere, couéisiere, hypnotisiere, wie mir das autogene Training von *J. H. Schultz* in meiner Praxis unentbehrlich ist, so gebe ich auch da, wo es angebracht scheint, all die alten bewährten Mittel wie Morphinum, Brom, Kola, Schlafmittel und Pyramidon. Wir Praktiker können uns ja keine Theorien verschreiben, sind ja auch oft nicht viel mehr wie technische Nothilfe oder Feuerwehr. Aber soweit wir nicht die kleine, sondern die hohe Psychotherapie, also Analyse treiben, müssen wir uns, scheint mir, klar bewußt sein, welche Mittel und Wege biologisch konform sind von der psychologischen und von der somatischen Seite aus. Das ist ein unbedingtes Erfordernis wissenschaftlicher Klarheit. Wenn wir dabei vielfach — wie oben gezeigt und wie die Themen der heutigen Tagung erweisen — zu Verfahren kommen müssen, die bisher weitgehend in der Hand von Außenseitern und Nicht-ärzten waren, darf das uns Analytiker stören? Uns Analytiker, deren Methode ja auch, wie wir wohl immer klarer sehen, bei aller technischen Beherrschung und allem gründlichen Wissen persönlichste Fähigkeit des Arztes verlangt; deren Methode ebenfalls nicht aus den vornehmen Forschungsinstituten, sondern aus abseits von der Heerstraße gelegenen, teilweise — im Sinn der alten Schule und ihrer Lehrer — „unexakten“ Gebieten stammt. (Autoreferat.)

A. A. Weinberg (Groningen): Der Einfluß des vegetativen Systems auf das psychische Geschehen.

Wer eine zielgerichtete Behandlung des Seelischen vom Körper aus erstrebt, bedarf einer gut fundierten biologischen Grundlage für sein ärztliches Verhalten, will er nicht allzusehr auf die Empirie angewiesen

sein. Denn mag auch die mehr zufällige Erfahrung manchmal zu großen therapeutischen Entdeckungen geführt haben — ich denke z. B. an die Fiebertherapie bei der *Dementia paralytica* — so ist man doch gerade bei psychischen Erkrankungen der Gefahr ausgesetzt, in spekulative Versuche zu verfallen, weil man nie mit Bestimmtheit sagen kann, ob die krankhaften Erscheinungen nach, durch oder sogar trotz der angewandten Behandlung verschwunden sind. So einfach und selbstredend die Forderung einer wissenschaftlichen Fundierung der körperlichen Behandlung von physischen Krankheiten auch ist, so gering sind bis jetzt unsere Kenntnisse der psychosomatischen Zusammenhänge, trotzdem man wohl, solange die Menschheit besteht, psychische Störungen vom Körper aus behandelt hat. Erst die allerletzten Jahre haben uns eine tiefere Einsicht in die körperlich-psychischen Zusammenhänge gebracht.

Die Beschränktheit unseres Wissens ist wohl hauptsächlich die Folge des nur körperlich Orientiertseins der medizinischen Welt der vergangenen Epoche. Sie wird aber auch bedingt durch die ungewöhnlichen großen Schwierigkeiten, die man beim Experimentieren auf diesem Gebiet zu überwinden hat. Man hat sich aber auch bei derartigen Untersuchungen das Ziel manchmal zu hoch gesteckt, indem man unter dem Eindrucke der Errungenschaften in der Physiologie der Schilddrüse versucht hat, verwickelte psychische Krankheiten wie die Hysterie oder gar die Psychosen aus einfachen endokrinen oder anderen körperlichen Störungen abzuleiten.

Man ist beim Studium der psychosomatischen Zusammenhänge erst weiter gekommen, seitdem man versucht hat, die Korrelationen zwischen relativ einfachen psychischen Erscheinungen, wie z. B. Wachen und Schlafen bzw. Erhöhung und Erniedrigung des Bewußtseins oder primitiven Affektzuständen, wie Hunger, Angst, Wut, Ärger und den dabei zu gleicher Zeit auftretenden körperlichen Phänomenen zu studieren.

Wenn im folgenden über psychosomatische Zusammenhänge gesprochen wird, so soll dabei — wie ich nachdrücklich hervorheben möchte — keine metaphysische Stellungnahme gemeint sein. Ich betrachte in Übereinstimmung mit *v. Bergmann*, *Goldstein* und *v. Weizsäcker* den Organismus als eine biologische Ganzheit, wobei Psychisches und Somatisches als Ergebnisse unserer Stellungnahme gegenüber Erscheinungsformen des Lebendigen aufzufassen sind.

Bei dieser Auffassung bedeutet das Studium der psychosomatischen Zusammenhänge den Versuch, die Korrelationen zwischen Erscheinungen des Psychischen, d. h. im Sinne *v. Bergmanns* des introspektiv Wahrnehmbaren und Erscheinungen des Somatischen, d. h. des extrospektiv Wahrnehmbaren, aufzudecken.

Wir können selbstverständlich auch bei der Auffassung des Organismus als einer biologischen Ganzheit der Abstraktion des Psychischen und

des Somatischen für die medizinische Forschung nicht entbehren. Wir müssen aber stets im Auge behalten, daß Psyche und Soma beide nicht als metaphysische Gegebenheiten, sondern lediglich als biologische Erscheinungsformen zu betrachten sind. Dann ist es meines Erachtens berechtigt und von heuristischem Wert, sowohl psychische als auch somatische Phänomene als Funktionen des Organismus zu betrachten. In diesem Sinne, also mit Rücksicht auf den heuristischen Wert und im speziellen mit Rücksicht auf die Begründung unseres therapeutischen Verhaltens möchte ich über den Einfluß des vegetativen Systems auf das psychische Geschehen sprechen.

Unter vegetativem System verstehe ich mit *Kraus* und *Zondek* das vegetative Nervensystem, die endokrinen Drüsen, die Gifte, die Ionen und die Membranen.

Den klarsten Überblick über das, was uns bisher über den Einfluß des vegetativen Systems auf das psychische Geschehen bekannt ist, sowie über die wichtigsten sich daraus ergebenden Fragestellungen erhalten wir, wenn wir von dem das vegetative System beherrschenden vegetativen Nervensystem ausgehen. *W. R. Hess* hat in seinen bekannten geistreichen Untersuchungen, ausgehend vom Studium der physiologischen Begleiterscheinungen des Schlafes, eine Abhängigkeit des psychischen Zustandes vom vegetativen Nervensystem nachgewiesen. Er betrachtet den Schlaf als eine spezielle Erscheinung, bei welcher das vegetative System durch Verschiebung der Gleichgewichtslage zwischen parasympathischer und sympathischer Wirkung zugunsten der ersteren Einfluß auf das animale Nervensystem ausübt, und zwar im Sinne einer Herabsetzung der Leistungsbereitschaft. Das Resultat dieser Dämpfung der animalen Leistungsbereitschaft wäre nach *Hess* ein animales Funktionsminimum. Als das Gegenstück dieser Art Umstimmung betrachtet er Affekte, welche den Organismus auf animale Höchstleistungen einstellen, z. B. Wut, wobei es sich nach *Hess* um eine Verschiebung der Gleichgewichtslage zwischen Parasympathicus und Sympathicus zugunsten des letzteren handelt. Das Resultat dieser Verschiebung wäre ein animales Funktionsminimum.

Hess hat diese Schlußfolgerung durch die Untersuchung der Folgen einer Einspritzung von Ergotamin in die Seiten- bzw. dritten Ventrikel von Katzen gestützt. Das den Sympathicus lähmende und den Parasympathicus reizende Gift verursachte einen typischen Schlaf bei den so behandelten Versuchstieren. Als Gegenstück betrachtet *Hess* unter anderem die sympathikotrope Wirkung des Cocains, bei welcher eine Erhöhung der psychischen Aktivität auftritt.

Hess schließt aus seinen Untersuchungen — und mehrere Forscher, besonders *v. Wyss*, folgen ihm darin — daß das Psychische ein Erfolgsorgan des das ganze animale Nervensystem regulierenden vegetativen Nervensystems sei, erkennt aber, daß auch das letztere nicht autonom

ist, sondern seinerseits dem Einfluß des animalen Apparates unterworfen ist. Ich möchte die Frage dieser Wechselbeziehungen erst später besprechen, vorläufig aber die Ergebnisse der *Hesss*chen Untersuchungen folgenderweise formulieren:

Eine Verschiebung der Gleichgewichtslage im vegetativen Nervensystem zwischen sympathischen und parasympathischen Einflüssen zugunsten des ersteren bewirkt eine Erhöhung, eine Verschiebung zugunsten des letzteren eine Erniedrigung des Bewußtseins.

Eine Reihe pharmakologischer und physiologischer Forschungsergebnisse unterstützt diese Auffassung. Zuerst einige pharmakologische Daten. Es ist bekannt, daß Einspritzungen des sympathikomimetischen Adrenalins manchmal psychische Erregung, speziell in Form von Angst hervorrufen. Vom adrenalinartig wirkenden Ephedrin ist bekannt, daß es motorisch erregend wirkt; es kann Kaninchen aus dem Chloralschlaf erwecken, selbst wenn vorher die Großhirnhemisphären entfernt worden waren. Ganz ähnlich wirkt, von seinen Nebenwirkungen abgesehen, das eben sehr sympathikomimetische β -Tetrahydronaphthylamin (*Fröhlich*). Auch das bewußtseinserhöhende Koffein wirkt sympathikotrop. Auf das Insulin als ein parasympathisch wirkendes Gift komme ich sofort zurück.

Eine Erhöhung der Außentemperatur innerhalb gewisser Grenzen bewirkt ein Überwiegen des parasympathischen Einflusses, dabei tritt eine Erniedrigung des Bewußtseins auf. Man fühlt sich matter und wird schläfriger; bekanntlich beruht hierauf z. B. die Verwendung warmer Bäder und überhaupt das Aufsuchen einer warmen Umgebung als Einschläferungsmittel; die Kälte hat die umgekehrte Wirkung.

Beim Fieberanstieg tritt eine erhöhte Sympathicuswirkung und gleichzeitig eine Erhöhung des Bewußtseins in Form von psychischer Erregung auf.

Die Hyperventilation nach *O. Förster* bewirkt eine Verschiebung der Gleichgewichtslage des vegetativen Nervensystems in die Richtung des asympathicus und damit einhergehend eine Erniedrigung des Bewußtseins, Schläfrigkeit, welche in Bewußtlosigkeit mit Konvulsionen übergehen kann.

Es würde uns zu weit führen, wenn wir hier die übrigen schon oft beschriebenen spezifischen Wirkungen der Absonderungsprodukte der endokrinen Drüsen ausführlich besprechen würden, ich möchte dafür auf die zusammenfassende Abhandlung von *Klieneberger* verweisen. Auch den Einfluß der Entwicklungs- und der Rückbildungsphasen der endokrinen Drüsen, welche von *Cimbal* im Handbuch der Inneren Sekretion beschrieben worden sind, möchte ich als außerhalb unseres eigentlichen Themas liegend, nicht besprechen, ebensowenig wie die Theorie von *James* und *Lange*, deren Unhaltbarkeit von *Sherrington* und von *Cannon* bewiesen worden ist. In Übereinstimmung mit unseren

theoretischen Voraussetzungen verstärken, soviel wir wissen, die Hormone der sympathisch innervierten endokrinen Drüsen die Wirkung des Sympathicus auf die Psyche und fördern dagegen die Hormone der parasympathisch innervierten endokrinen Drüsen den Einfluß des Parasympathicus auf die Psyche. Beim Nebennierenmark (Adrenalin) tritt das nicht so deutlich hervor wie bei der Schilddrüse, deren Inkret bekanntlich die Reizbarkeit des ganzen vegetativen Nervensystems unter Bevorzugung des Sympathicus erhöht, und dabei auch eine allgemein erhöhte Reizbarkeit der Psyche mit vorwiegend erhöhtem Bewußtsein verursacht. Ausfallen der Glandula thyreidea wie beim Myxödem bewirkt eine Erniedrigung des Bewußtseins, die Patienten zeigen u. a. geistige Schwerfälligkeit und Trägheit, Müdigkeit, gesteigerte Erschöpfbarkeit und Schläfrigkeit, Apathie, Teilnahmslosigkeit und Stumpfheit, Gedankenarmut, Herabsetzung der Aufmerksamkeit und Auffassung, Mangel an Initiative sowie Abnahme aller sonstigen psychischen Tätigkeiten und Fähigkeiten; *Charcot* bezeichnet das Myxödem geradezu als Winterschlaf der Seele (zit. nach *Klieneberger*). Das Verhalten des Pankreasproduktes Insulin ist in dieser Hinsicht außerordentlich lehrreich. Das durch Injektion einer zu großen Menge Insulins hervorgerufene Überwiegen des Parasympathicus mit Hypoglykämie geht, bevor es zu Konvulsionen kommt, mit einer Erniedrigung des Bewußtseins einher; allgemeine Mattheit, Apathie, Schläfrigkeit, Benommenheit. Merkwürdigerweise geht dieser psychischen Wirkung eine allgemeine psychische Unruhe und erhöhte Emotivität, also eine Erhöhung des Bewußtseins voran. In Übereinstimmung mit dem Vorhergesagten tritt in der Tat bei dem Insulinschock als initiales Symptom eine Hyperglykämie auf. Wir kommen auf diese interessanten Erscheinungen noch näher zurück.

Werden also die *Hess*schen Befunde in der gegebenen Formulierung bestätigt, bewirkt also der überwiegende Einfluß des Sympathicus eine Erhöhung und derjenige des Parasympathicus eine Erniedrigung des Bewußtseins, so erhebt sich die Frage, ob wir dann auch mit *Hess* das Psychische als ein Erfolgsorgan des vegetativen Nervensystems aufzufassen haben.

Um diese Frage zu beantworten, wollen wir unsere bisherigen Ergebnisse mit dem, was wir von der Einwirkung des Psychischen auf das Somatische wissen, vergleichen. Nachdem *Cannon* festgestellt hatte, daß Emotionen mit einer erhöhten Sympathicuswirkung einhergehen, habe ich in einer größeren Reihe von Experimenten an gesunden Versuchspersonen nachweisen können, daß nicht nur Emotionen, sondern auch andere psychische Erscheinungen, welche mit einer Erhöhung des Bewußtseins einhergehen (z. B. Aufmerksamkeitskonzentration, intellektuelle Arbeit) von einer erhöhten Sympathikuswirkung, Erniedrigung des Bewußtseins dagegen von einer erhöhten Parasympathicus-

wirkung begleitet werden. Diese Ergebnisse meiner Untersuchungen sind von *Messerle* bestätigt worden. Demgegenüber hat *v. Wyss*, ausgehend von den angezogenen Arbeiten von *W. R. Hess*, den Standpunkt verteidigt, daß der erhöhte Bewußtseinszustand bereits eine Folgeerscheinung einer innervatorischen Beeinflussung des animalen Systems durch das vegetative Nervensystem sein könnte. *v. Wyss* nimmt aber auch eine primäre Beeinflussung des vegetativen Nervensystems von seiten der Psyche und damit Wechselbeziehungen zwischen Psyche und vegetativen Organen an.

Sind nun diese Wechselbeziehungen wirklich so verwickelt, wie man bis jetzt gemeint hat? Meines Erachtens ist die Lösung dieser Frage verhältnismäßig einfach zu finden. Ein Überwiegen des Sympathicus bringt, wie wir sahen, eine Erhöhung des Bewußtseins, ein Überwiegen des Parasympathicus eine Erniedrigung des Bewußtseins mit sich. Umgekehrt geht eine durch psychische Reize ausgelöste Erhöhung des Bewußtseins mit einem Überwiegen des Sympathicus, eine Erniedrigung des Bewußtseins mit einem Überwiegen des Parasympathicus einher. In einer früheren Veröffentlichung habe ich diese Beziehung eine „gleichgerichtete Wechselwirkung“ genannt. Derartige gleichgerichtete Wechselwirkungen lassen sich übrigens auch zwischen Psyche und vegetativem System nachweisen. Einige Beispiele mögen dies illustrieren.

Die *Basedowsche* Krankheit wird neuerdings allgemein als eine Hyperthyreoidie (u. a. *Ad. Oswald*, *Israel Bram*) aufgefaßt, daß sie in vielen Fällen infolge von Affektzuständen auftritt, steht unzweifelbar fest. Kann also eine Hypersekretion der Schilddrüse Folge einer erhöhten Emotivität sein, so bewirkt andererseits die Hyperfunktion der Schilddrüse oder zu starke Fütterung mit Schilddrüsensubstanz eine erhöhte Emotivität. Bekanntlich treten bei Depressionen öfters Störungen in den Abdominalorganen auf, umgekehrt findet man bei Krankheiten dieser Organe recht oft melancholische Verstimmungen vor. Ein überaus instruktives Beispiel stellt die Gallenabsonderung dar. Daß bei Gelbsucht vielfach eine reizbare, geärgerte Stimmung auftritt, ist eine altbekannte Tatsache; neuerdings ist es *Wittkower* gelungen, nachzuweisen, daß suggerierte Affekte, welches auch ihr Charakter sei, einen erhöhten Gallenfluß verursachen, einzig eine suggerierte ärgerliche Verstimmung ergab eine Sistierung der Gallenabsonderung!

Daß auch die normale chemische Blutbeschaffenheit, insoweit sie nicht hormonaler Art ist, in einer solchen Beziehung zum Psychischen steht, ist bis jetzt, soviel ich weiß, noch nicht beachtet worden. Dennoch scheint mir das der Fall zu sein.

Ich wies Sie schon auf die Erscheinungen des Insulinshocks hin; wir haben gesehen, daß die initiale Hyperglykämie mit psychischer Erregung, also Bewußtseinserhöhung, die nachfolgende Hypoglykämie aber mit einer Erniedrigung des Bewußtseins verknüpft ist. Interessant

ist nun, daß das Essen von Zucker und damit die Erhöhung des Blutzuckerspiegels sofort eine Erhöhung des Bewußtseins hervorruft. Vielleicht ist hiermit die in der Physiologie bekannte Tatsache zu vergleichen, daß man z. B. Frösche aus dem Winterschlaf wecken kann durch Einspritzungen von Glucose in die Lymphsäcke; so beschreiben *Buytendijk* und *Eereiman*, daß die Reizbarkeit des Frosches für den galvanischen Hautreflex durch Glucoseeinspritzungen erhöht werden kann.

Dieses Phänomen der gleichgerichteten Wechselwirkung besteht aber nicht nur zwischen Psyche und vegetativem System, wir kennen sie auch sonst in der Physiologie, speziell in derjenigen des vegetativen Nervensystems. Ein überwiegender Sympathicuseinfluß bewirkt erhöhte Adrenalinabsonderung, die Hyperadrenalinämie bewirkt ihrerseits eine erhöhte Sympathicuserregung.

Diese Erscheinung, daß einmal ein auf dem Weg des vegetativen Systems übertragener Reiz eine vermehrte Hormonproduktion auslösen kann, daß andererseits das Hormon als solches wiederum am vegetativen System angreift, wird von *Danisch* sehr richtig als ein „geschlossener Funktionskreis“ bezeichnet.

Die Beziehungen zwischen Psyche und vegetativem System können wir nach dem Vorhergehenden also auch als einen geschlossenen Funktionskreis auffassen; jede psychische Funktion formt demnach einen geschlossenen Kreis mit einer bestimmten Funktion des vegetativen Systems. (Nach dem Abhalten dieses Vortrages bemerke ich, daß das Prinzip der gleichgerichteten Wechselwirkung zwischen Psyche und vegetativem System, das ich in meinen holländischen Veröffentlichungen ausgearbeitet habe, neuerdings auch von *J. H. Schultz* hervorgehoben ist. Er faßt die Beziehungen zwischen nervöser Zentrale, Neurovegetativum, lebendiger Masse und humoralem, funktionalem Reagieren in einem Ringsymbol zusammen.) Für die Pathologie und die Therapie scheint mir diese Anschauungsweise von großer Bedeutung. Denn jede chronische Veränderung in einem Teile des Funktionskreises wird eine bestimmte chronische Veränderung in den anderen Teilen des Funktionskreises hervorrufen, womit ein neuer, krankhafter Gleichgewichtszustand im Funktionskreis entstanden sein wird. Die chronisch erhöhte Emotionalität kann z. B. eine chronische Reizung und damit eine chronische Hyperfunktion der Glandula thyreoidea verursachen, welche ihrerseits die erhöhte Emotionalität beständig machen. Andererseits kann eine Thyreoiditis eine erhöhte Emotionalität bewirken, welche wieder die Hyperfunktion der Schilddrüse beständig machen. Die Therapie kann in einer psychotherapeutischen Beeinflussung der Emotionalität bestehen, wodurch der pathologische Funktionskreis unterbrochen werden kann. Man kann aber auch durch Behandlung der Schilddrüse die Emotionalität verringern und so den Funktionskreis unterbrechen. Für die Praxis der Behandlung des Seelischen vom Körper aus ist also für jeden Fall

die Kenntnis des somatischen Teils des pathologischen Funktionskreises von entscheidender Bedeutung. Denn ohne diese Kenntnis besteht immer die Gefahr, daß man den Gleichgewichtszustand im Funktionskreis gerade in die pathologische Richtung verschieben und damit das seelische Leiden in ungünstigem Sinne beeinflussen könnte. Es gibt z. B. Patienten, deren Symptome an die *Basedowsche* Krankheit erinnern: eine leichtes Struma, etwas Glanzaugen, schlechte Konvergenz, Tremor, die aber keine oder nur mäßige Tachykardie und keine oder geringe Abmagerung zeigen, jedoch auch kein einziges Zeichen von Myxödem darbieten. Nur psychisch scheinen sie mehr eingesunken, matt, sie haben das Gefühl, als ob alle Eindrücke aus der Ferne kommen, als ob ein Nebel über der Welt liege. Bei solchen Patienten kann man mitunter eine Erniedrigung des Grundstoffwechsels finden. Ohne die genaueste körperliche Untersuchung, ohne die Bestimmung speziell des Grundstoffwechsels als Indicator des Zustandes im somatischen Teil des betreffenden Funktionskreises, würde man nicht imstande sein, die richtige körperliche Behandlung anzuwenden.

Gibt uns also die Auffassung der Wechselbeziehungen zwischen vegetativem System und Psyche als einen geschlossenen Funktionskreis eine physiologische Erklärung für unsere Erfahrung, daß seelische Krankheiten durch körperliche Behandlung heilbar sind, so lehrt sie uns auch, daß diese körperliche Behandlung nur in einem beschränkten Prozentsatz als ausschließliche Behandlung genügen wird.

Wenn nämlich der psychische Teil des Funktionskreises durch äußere Lebensverhältnisse oder komplizierte innere Konflikte fortwährend aufs neue krankhaft verändert wird, so wird im allgemeinen eine nur körperliche Behandlung nicht zum Zweck führen können. Letztere wird aber auch dann in vielen Fällen eine willkommene Unterstützung der psychischen Behandlung bedeuten, indem so von beiden Seiten her der pathologische Funktionskreis beeinflußt werden kann. Dafür ist es aber notwendig, daß wir viel mehr von den normalen und pathologischen psychosomatischen Funktionskreisen wissen, als es bis jetzt der Fall ist. Ich sage jetzt absichtlich: „psychosomatische Funktionskreise“, weil das hier Gesagte auch für andere Wechselbeziehungen gültig zu sein scheint. Einen schönen Beweis, wie weit das Studium der psychosomatischen Funktionskreise uns bringen kann, wird Ihnen sogleich Dr. G. A. Römer bringen. Er wird Ihnen zeigen, wie psychische Veränderungen mit Veränderungen der Atmung einhergehen, und wie auch die Atmung Einfluß auf den psychischen Habitus des betreffenden Individuums ausübt und wie man, psychosomatisch eingestellt, zu schönen therapeutischen Resultaten kommen kann. Die körperliche Behandlung kann sogar die psychische erheblich verkürzen. Das ist nach dem Vorhergehenden ohne weiteres verständlich. Daß ich es aber nochmals ausdrücklich betone, geschieht deshalb, weil daraus die warnende

Frage hervorgeht, ob wir bei zu viel Analysieren und zu viel Deuten nicht den pathologischen psychosomatischen Funktionskreis in ungünstigem Sinne zu beeinflussen imstande sind. Andererseits bekommen wir auch durch die Auffassung der psychosomatischen Funktionskreise vielleicht eine Einsicht in eine der Ursachen, wieso die großen „Schulen“ sowohl wie die „wilden“ Psychotherapien trotz ihrer verschiedenen theoretischen Begründung und voneinander abweichenden praktischen Handhabung der Psychotherapie dennoch den Patienten zu heilen vermögen.

Ich komme zum Schluß. Für manche Patienten wird zweifelsohne eine nur-psychische Behandlung angewiesen bleiben, die Betrachtung der Wechselwirkung des Psychischen und Somatischen als einen geschlossenen Funktionskreis belehrt uns aber, daß wir, wenn wir den kranken Menschen so gut wie möglich helfen wollen, sowohl bei seelischen als auch bei körperlichen Leiden im Prinzip eine psychosomatische Behandlung anzuwenden haben.

Das bedeutet aber nur, daß wir in Übereinstimmung mit unserer biologischen Auffassung des Organismus stets den ganzen Menschen zu behandeln versuchen werden. (Autoreferat.)

G. A. Roemer (Stuttgart): Atmung als Ausdruckssymptom und als ätiologischer Faktor bei psychischen Zustandbildern.

Atmung bedeutet für die religiösen Kulturen Ägyptens, Indiens, Chinas und ursprünglich auch für das Christentum (Pneuma hagian, von *Luther* einseitig als „Heiliger Geist“ übersetzt) den Weg, die beiden, sich vielfach widerstrebenden Grundelemente einer Persönlichkeit „Seele und Körper, Natur und Geist“, zu einer Einheit zusammenzufassen.

Heute suchen wir unsere innere Wahrnehmung und die Fülle von körper-seelischen Erscheinungen beim Atmungsproblem zu unserem physiologischen und anatomischen Weltbild in Beziehung zu setzen, also zur Scheidung in einen „willkürlichen“ und „unwillkürlichen“ Nervensystemteil, deren Wirksamkeit aber wieder durch kompliziertere Verhältnisse (Elektrolytkombination, hormonales Milieu usw.) bedingt ist.

Angesichts dieser physiologischen Kompliziertheit wird daher eine klinische Methode benötigt, die die wesentlichsten Erscheinungen objektiv aufzeichnen, klären und sichten läßt. Eine solche Methodik liegt in der Pneumographie vor, die gegen früher (als Laboratoriumsmethode für psycho-physiologische Reaktionen, Aufmerksamkeitsprüfungen usw.) zuerst für klinische Zwecke technisch umgestaltet und grundlegend verbessert werden mußte.

Mit dieser neuen Methodik sind nun typische Funktionsbilder und deren enger Zusammenhang mit seelischen Vorgängen feststellbar. Wesentlich ist dafür die Erkenntnis, daß die Atmung eine eigenartige

Sonderstellung zum Nervensystem einnimmt: Während in der Regel, namentlich im Schlaf, das „Es“ atmet, kann jederzeit diese Atmung von einer „Ich-Atmung“ abgelöst werden — ein sonst nirgends im Körper zu beachtendes Zusammenspiel von willkürlicher und unwillkürlicher Funktion (Darm-, Herz-, Nierentätigkeit ist fast ausschließlich unwillkürlich innerviert). Gegenüber der normalen Ruheform (Sinuslinie, ähnlich einer Stimmgabelschwingung) gibt leichte Spannung, starke Erregung und Hemmung, sowie alles Lust- und Unlustbetonte, ausgeprägte Reaktionsbilder im Pneumogramm. Es gelingt damit der Nachweis, daß man sich bisher darüber gar keine rechte Vorstellung machte, wie intensiv ständig psychische Einflüsse auf die körperlich vegetativen Funktionen einwirken. Es läßt sich gerade das Gesetz formulieren: sobald ein Ereignis Affektwert hat, also Erlebnis wird, treten Veränderungen in der körperlichen Funktion auf: Kurven beim Anhören von Musik, Minderwertigkeitsangst- und Hemmungsgefühle bei geistiger Arbeit usw. Schon scheinbar geringfügige psychische Leistungen können namentlich bei „nervösen“ Jugendlichen und Erwachsenen unmittelbar schwere und schwerste Störung der Atemfunktion nach sich ziehen. Bei dem Ausmaß, das solche Störungsreaktionen heute in allen Berufskategorien, so z. B. bei Stenotypistinnen bei ihrer Arbeit, bei Arbeitern „am laufenden Band“ usw., auch bei einem großen Teil der heutigen Schuljugend angenommen hat, kommt der pneumographischen Methodik für jede psychische Hygiene eine grundlegende Bedeutung zu.

Denn die Atemstörung infolge solcher psychischer Einflüsse ist meist nur die „Einbruchsstelle“ psychischer Wirkungen in dem Körper, da sich daran im Laufe der Zeit andere tiefstehende körperliche Störungen anschließen. Die ursprünglich rein psychischen Reize werden also durch dieses „Echo im Körper“ stabilisiert. Die Vernachlässigung dieser „Materialisierung“ früher psychischer Einwirkung im psychotherapeutischen Vorgehen hat vielfach die einseitig psychisch orientierte Therapie (wie sie zum Teil von psychoanalytischer oder individualpsychologischer Seite ausgeübt wird) zu einem „Faß der Danaiden“ gemacht. War der Patient etwas von seinem bisherigen psychischen Konflikt befreit, so blieb immer noch diese körperliche Bereitschaft zu neuen Konflikten zu bestehen.

Hier erwächst eine große Aufgabe psychotherapeutischer Art für die Gymnastik als „Körperführung“.

Eine besondere Bedeutung erhält die Pneumographie dadurch, daß damit der Nachweis gelingt, daß den von *Kretschmer* aufgestellten körperseelischen Typen, den zyklischen und schizothymen, bzw. schizoiden, tatsächlich besondere Atmungstypen zugehören. So ist der schizoide Typus durch Vorherrschaft von Arrhythmien und Ataxien aller Art gekennzeichnet und damit wird in unklaren Fällen nunmehr statt des

subjektiven Eindrucks eine Einreihung auf Grund objektiver klinischer Symptomatik der pneumographischen Registrierung möglich.

In der Atmungstherapie ist der Hauptnachdruck darauf zu legen, daß der vegetative unwillkürliche Anteil der Atmung speziell also die Zwerchfellbewegung wieder zu ihrer gesunden Funktion zurückgeführt wird. Atemübungen, wie sie bisher größtenteils von den Sportschulen angegeben und betrieben werden, sind dazu völlig ungeeignet und in der Regel direkt schädlich, da sie nur auf der „Willküratmung“, der „äußeren Atmung“ aufbauen und die vegetative „innere“ Atmung vernachlässigen.

Atemübungen sollten in ihrem Erfolg ständig durch das Pneumogramm überwacht und geprüft werden. (Autoreferat.)

H. Steger (München): **Gymnastik bei Psychosen und Psychoneurosen.**

Gymnastik ist eine besonders geeignete Hilfsmethode für die Psychotherapie, weil sie ganz allgemein auch bei körperlich schwächlichen und alten Leuten angewendet werden kann, wobei sie der Persönlichkeit des Kranken und dem augenblicklichen Stand der psychischen Behandlung anzupassen ist.

Die gymnastische Beurteilung des Kranken erfolgt vorläufig nach 6 Gesichtspunkten: nach Spannung, Körpergefühl, Rhythmus, Gleichgewicht, Raumempfinden und Anpassung. Die therapeutische Leistung der Gymnastik geht allgemein in derselben Richtung wie jede Beschäftigungsbehandlung. Im besonderen wirkt sie fördernd auf die kritische Selbstbeurteilung; sie gibt dem Patienten die Möglichkeit, mit dem Willen tätig an einer gewünschten und als richtig erkannten Entwicklung mitzuarbeiten. Sie hilft bei den verschiedenen Störungen das Verhältnis Spannung-Entladung entsprechend zu regulieren. Sie vermittelt endlich ein wirkliches Gemeinschaftsgefühl. (Autoreferat.)

Lucy Heyer (München): **Praktische Erfahrungen mit Gymnastik bei Neurosen und Psychosen.**

Die Aufgabe der Gymnastik als therapeutisches Hilfsmittel wird durch die Frage umgrenzt: wie reguliert man am besten das Verhältnis von Spannung und Lösung? Spannung ist Aktionsbereitschaft. Wo bei vorhandener Spannung der Bewegungsimpuls psychisch blockiert ist, entsteht Verkrampfung (Prototyp etwa Entwicklungsneurosen). Wo überreichliche psychische Impulse vorhanden sind, ohne entsprechende körperliche Aktionsbereitschaft, entsteht Schlaffheit.

Beide pathologische Zustände können nebeneinander beim selben Individuum vorkommen. Sie werden gelöst durch Bewegung. Die Bewegung ist der Weg zur normalen Entspannung bei Verkrampfung, zur normalen Spannung bei Schlaffheit.

Die Bewegungstherapie bedient sich außer der einfachen Motorik zweier Erlebniselemente: des Raumes und des Rhythmus; ersteres ein Mittel, sich die Grenzen und Beziehungen von Subjekt-Objekt bewußt zu machen; letzteres ein Mittel, um Ichbewußtsein und Anpassungsfähigkeit zu stärken. Außerdem vermittelt gemeinsame gymnastische Arbeit das für die Psychopathen so wichtige Gemeinschaftserlebnis.

Nur diejenigen gymnastischen Systeme sind für psychologische Zwecke brauchbar, die Raum, Rhythmus und Kollektivarbeit in ihren Lehrplan mit aufnehmen. (Autoreferat.)

W. Knoll (Hamburg): Abhängigkeit psychischer Vorgänge von der sportlichen Arbeit.

Auch beim Sport besteht weitgehende gegenseitige Abhängigkeit psychischer und somatischer Vorgänge. Beim Training und im Wettkampf stehen die psychischen Vorgänge im Vordergrund. Andererseits gibt es eine Reihe von Vorkommnissen, bei denen somatische Zustände auf das psychische Verhalten wirken.

1. Die vollständige Beherrschung des Körpers, die eine wesentliche Steigerung der psychischen Energie auf suggestivem Wege hervorbringt.
2. Die Sauerstoffschuld nach starker sportlicher Beanspruchung wirkt sich im Sinne einer Verminderung der psychischen Energien aus.
3. In ähnlicher Weise wirkt der tote Punkt, der mit Stoffwechseländerung zusammenhängt und mit der Überwindung dieser abklingt.
4. Auch das Übertraining ergibt solche Beziehungen.
5. Die Bergkrankheit in ihren verschiedenen Formen, auch als Höhenkrankheit, wirkt sich in ähnlicher Weise aus. Auch hier ist Sauerstoffmangel wie bei der Sauerstoffschuld die Ursache.
6. Kramp fzustände der Muskulatur können augenblickliche Leistungsfähigkeit mit entsprechender Beeinflussung der psychischen Komponente machen.
7. Andererseits ist die Möglichkeit vorhanden, daß sportliche Betätigung bei jungen Leuten mit protrahierter Pubertät und neurotischen Beschwerden günstig auf die psychischen Anomalien dieser Leute einwirkt, wofür Beispiele gebracht werden. (Autoreferat.)

Georg Groddeck (Baden-Baden): Massage.

Vortragender betont die Mannigfaltigkeit der Beziehung zwischen Massage und Psyche. Die Massage wirkt auf einige Systeme, denen man eine vermittelnde Funktion zwischen Physis und Psyche zusprechen muß, z. B. auf das sympathische Nervensystem und die Vorgänge der endokrinen Geschehnisse.

„Eine große Bedeutung hat die Massage für die Diagnostik und die Verwertung der Diagnose für die Therapie. Der massierende Arzt erwirbt

sich durch die Ausübung seiner Tätigkeit ein Untersuchungsinstrument ersten Ranges.“ ...

„Jeder massierende Arzt wird von seiner eigenen Arbeit zum Psychotherapeuten ausgebildet.“

E. Simmel (Berlin): **Über die Psychogenese von Organstörungen und ihre psychoanalytische Behandlung.**

An Hand der Behandlung eines schweren Herzkranken mit allgemeiner Kreislaufstörung, die zu dem Bilde einer allgemeinen Wassersucht geführt hatte, wird bewiesen, welche unbewußten seelischen Konfliktspannungen diese Krankheit teils hervorgerufen haben, teils ihre Heilung verhindern. Da der Kranke beinahe sterbend eingeliefert wurde, war die übliche psychoanalytische Methode der Neurosenbehandlung nicht verwendbar. Es wurden Analysen in der Hypnose vorgenommen, der psychotherapeutische Anteil der Behandlung mit einer spezifischen Suggestivhypnose beschlossen. In der analytischen Hypnose fand eine grandiose Abreaktion aufgetauter Affektmassen von Wut und Rache statt, verdrängt gewesener Vorstellungen. Dadurch wurde ein umfassender Schuldkomplex ins Bewußtsein gebracht, der beinhaltet, daß der Erkrankte sich unbewußt als Mörder seiner ersten Frau fühlt, die in einem Flusse ertrunken war.

Durch die bewußte Verarbeitung dieses Vorstellungskomplexes und seiner Zusammenhänge mit verdrängten Schuldgefühlen aus der Kindheit ergab sich ein klinisch sehr wichtiger Tatbestand. Der Eiweißgehalt des Urins, der bisher um 13‰ war, sank auf $1\frac{1}{2}\text{‰}$ um sich nicht wieder zu heben. Durch hypnotisch-kathartische Aufhebung der „Verdrängung“ muß demnach ein angiospatischer Hypertonus der Niere (Nierengefäßkrampf) gelöst worden sein. Erst dadurch konnte die Niere als flüssigkeitsverarbeitendes und ausscheidendes Organ seine Funktion wieder voll erfüllen und das Herz entlasten.

Es wurde im Laufe der Behandlung festgestellt, daß eine Dysfunktion des Gewissens, des von *Freud* postulierten Über-Ich vorlag. Dadurch war der Kranke, der sich unbewußt mit seiner ertrunkenen Frau als Wasserleiche identifizierte, in den Bann des „Todestriebes“ geraten. Eine unbewußte Todessehnsucht hätte den Kranken sterben lassen, wenn nicht durch eine psychoanalytische spezifisch orientierte Suggestivhypnose der Kranke von seiner Autosuggestion, aus unbewußten Schuldgefühlen sterben zu müssen, befreit worden wäre.

Die Beobachtungen gelegentlich der Psychotherapie dieser Organkranken ergeben eindrucksvolle antagonistische Gegenspiele zwischen Außenmotorik (Hirnrinde) und Innenmotorik (die Verarbeitung affektiver Energien im inneren funktionellen Organablauf). Es konnte nachgewiesen werden, daß „organischkranksein“ oft die Folge unbewußter Schuldgefühle ist, wobei die Selbstbestrafungsabsichten in den Bann der Todestriebe, der Tendenz zur Triebruhe gelangen. Zur Heilung führt ein Aus-

gleich im psychophysischen Libidoreservoir, wodurch der Selbsterhaltungstrieb im Dienste des Eros wieder zur Geltung gelangt.

(Autoreferat.)

Heinrich Meng (Frankfurt a. M.): **Konstitutionsumstellung durch Arznei, Hormon, Psyche.**

... Zur Orientierung schicke ich etwas Selbstverständliches voraus. Es gibt kein Arzneimittel, kein psychisches oder andersgeartetes Eingreifen, das imstande ist, eine Krankheit zu heilen. Wenn es gelingt, einen Menschen, der unter der Diagnose „Lues“, „Tuberkulose“, „Hysterie“ in Behandlung tritt, zu heilen, so verdankt man das dem Glück, einen Kranken gefunden zu haben, dessen Organismus genügend Kräfte zur Verfügung stellt, einen von außen eingeleiteten Eingriff zur Heilung auszunützen. Wir wissen noch wenig und bemühen uns um möglichst klare Vorstellungen darüber, wie das wirklich abläuft, was als Heilung auftritt. Wir haben uns auch abgewöhnt, aus der Tatsache, daß unter einer psychotherapeutischen Kur die Erkrankung eines Organs ausheilt, Schlüsse zu ziehen, es hätte sich um eine Organneurose und keine pathologisch-anatomisch feststellbare Organerkrankung gehandelt; vice versa ist auch die Wirkung von Arzneien kein Beweis dafür, daß die Genese eines Leidens eine vorwiegend körperliche war. Körper und Seele sind von dem Standpunkt, von dem aus wir unser Thema durchführen, eine Einheit, der Organismus, wobei wir aus Zweckmäßigkeitsgründen das als psychisch Imponierende psychologisch, das somatisch Imponierende als biologisch zu erfassen suchen. Dies ist arbeitstechnisch zweckmäßig, weil wir uns bei der Analyse eines krankhaften Geschehens so verhältnismäßig leicht genetisch, dynamisch und energetisch orientieren können.

... *Goldscheider* äußerte sich kürzlich: „Heilen heißt einen Einfluß gewinnen auf die Kräfte, welche die Substanz formen.“ Schalten wir hier alle theoretischen Folgerungen aus und begnügen wir uns mit der Beschreibung — wie es auch *Freud* tut — dann erfahren wir, daß psychische Energien in physische sich fortsetzen und umgekehrt. Dann handelt es sich beim Versuch zu heilen darum, das wechselnde Spiel von dem Leiblichen und dem Seelischen im Organismus bei der Symptombildung zu überschauen und Prozesse der Selbstregulierung dadurch auszulösen und auszunützen, daß wir den Widerstand, der dem natürlichen Heilprozeß widerstrebt, erkennen, bewältigen und sogar ihn benützen. Körperliche und seelische Behandlung des kranken Menschen können so unter einem Nenner gesehen werden, als Versuch einer Widerstandsbehandlung.

Ein Teil, der schwierigste Teil des Widerstandes geht von der Konstitution aus. Bei der Untersuchung der Beziehungen zwischen Konstitution, Gift und Arzneiwirkung fassen wir den menschlichen Organismus

als dynamisches System auf, das stets in Tätigkeit ist, um das Gleichgewicht im Organismus zu erhalten.

Nehmen wir unter den Möglichkeiten, Konstitution zu definieren, eine heraus, die sich dem Zweck unseres Themas anpaßt: Konstitution ist die dem einzelnen Menschen eigene anatomische und funktionelle Beschaffenheit des gesamten Organismus, bedingt durch Keimanlage, modifiziert durch die Einflüsse, welche Umwelt und Innenwelt ausüben und ausüben. Konstitution ist nichts Feststehendes, sie ist qualitativ und quantitativ wandelbar als wechselnder Niederschlag der Reaktion des Individuums auf das Außerindividuelle einerseits und genotypischen Tendenzen, Quantitäten und Qualitäten andererseits. Die Konstitution verändert sich vorübergehend oder dauernd unter endogenen und exogenen Faktoren, Lebensalter, Ernährung, Infektion, Boden, Klima, Lust- und Unlusterlebnissen usw. Diese Wandlung kann als „stille Feilung oder so grob in Erscheinung treten, daß Astheniker sich zu Pynikern verwandeln, Psychopathen in Künstler, infantile Menschen in reife, und gereifte Menschen zu Kindern regredieren. Über die feinere Dynamik im Gesamtgeschehen des Organismus wissen wir noch wenig. Was geschieht, wenn ein Individuum sich wandelt, z. B. anschließend an eine Encephalitis, eine Malaria, eine Pockenimpfung, Cocaingebrauch, Einnahme von Phosphor oder Schwefel, eine Schädigung innerer Drüsen durch Tuberkulose, durch einen Shock oder ein religiöses Erlebnis? Immerhin wurden experimentell oder im therapeutischen Eingriff Beobachtungen über Reaktionsveränderungen registriert, die wir als typische oder atypische bei der Verabreichung eines Arzneimittels beobachten. Wir können bis zu einem gewissen Grad aus der typischen Reaktion Einblick in das dynamische System überhaupt und damit auch in Teile der Konstitution gewinnen, wenn wir mehr die individuellen Reaktionsweisen studieren und die Bedingungen, unter denen Reize wirksam sind, vom Organismus aus und von der Eigenart des Reizes aus erforschen. Jedes Trauma wirkt je nach Quantität, Qualität und vor allem nach dem Zeitpunkt seiner Einwirkung eigenartig, in hohem Maße auch abhängig von der Eigenart des Individuums. *Borchardt* hat neuerdings wieder darauf hingewiesen, wie bedeutungsvoll in diesem Zusammenhang die Forschungen von *Roux*, dem Schöpfer der mechanischen Entwicklungslehre, sind; er hat die Gesetzmäßigkeit aufgezeigt zwischen Reiz und Entstehungszeit einer Schädigung an Hand von Beobachtungen in der Frühentwicklung des menschlichen Individuums:

„*Roux* unterscheidet in der Entwicklung vier Perioden. In der ersten Periode bilden sich die Organe unabhängig von der Funktion infolge erbter Organanlagen. Es ist die Periode des ‚afunktionellen, zeitlich des präfunktionellen Gestaltens und Wachsens‘. In dieser Periode wird das Wachstum durch Hyperämie wesentlich gefördert. Die dritte Periode, die *Roux* des besseren Verständnisses wegen vor der zweiten schildert,

ist die Periode der funktionellen Entwicklung: Wachstum und weitere funktionelle Ausgestaltung sind von der Wirkung des funktionellen Reizes abhängig. Hyperämie wirkt in dieser Periode nicht mehr als Wachstumsreiz. Zwischen der ersten Periode der Organanlagen und der dritten des funktionellen Reizlebens liegt die zweite in der sowohl Hyperämie wie funktionelle Reize wachstumsfördernd wirken. Die vierte Periode ist die Zeit des Greisenalters, der senilen Rückbildung, die gleichfalls durch vererbte Ursachen bedingt ist. Die durch Vererbung bedingte Atrophie gewinnt allmählich im Kampf mit der anfangs noch wirksamen funktionellen Hypertrophie die Oberhand. Diese vier Perioden gehen ganz allmählich, ohne scharfe Grenze ineinander über.

Die grundlegenden Auseinandersetzungen von *Roux* machen es verständlich, daß die gleichen Reize so sehr verschiedenartige Wirkungen zur Folge haben können. Erst von der zweiten Periode ab bewirken Reize funktionelle Veränderungen. Gleichzeitig können diese Reize aber in der zweiten Periode formale Veränderungen zur Folge haben, die ja nach ihrer Schwere als Bildungsfehler oder als Mißbildungen imponieren.“

Das wirkliche Wissen des Pharmakologen und des Arztes, der auf Grund der modernen Pharmakologie arzneitherapeutisch arbeitet, über die Beziehung zwischen der Konstitution und Arzneiwirkung ist gering. Es liegt zum Teil daran, daß, wie *Keeser* in der „Biologie der Person“ meint, das ganze Gebiet „praktisch unerforscht“ ist, dann auch wohl daran, daß, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Pharmakologen bis vor kurzem sich sehr wenig um die praktischen Probleme der Medizin kümmerten und unter Versuchsbedingungen arbeiteten, die dem natürlichen Krankheitsgeschehen nicht angemessen waren, auch aus einer Scheuklappeneinstellung heraus Erfahrungen aus der Praxis, die zunächst wissenschaftlich unverständlich schienen, nicht mit geeigneten Mitteln und *sine ira, studio et mora* nachprüften. Der Basiliskenblick einzelner Forscher auf das Tierexperiment ergab Fehlschlüsse für die menschenärztliche Heilkunde. Die offizielle Pharmakologie ging auch ihren Weg ziemlich unbekümmert um die Ergebnisse der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung. Der Gedanke, eine *Sterilisatio magna* aufzubauen, wie sie *Ehrlich* erstrebte, ließ sich anscheinend lediglich bei gewissen tropischen Erkrankungen verwirklichen, ja es ist, wie *Schilling* vom Institut *Robert Koch* ausführt, fraglich geworden, inwieweit eine *Sterilisatio magna* erstrebenswert sei, da Immunität gegen Neuinfektion dadurch bedingt ist, daß die betreffenden Krankheitserreger in unschädlicher Modifikation im Körper zurückbleiben. Die künftige Pharmakologie wird den Arzneiversuch am gesunden Menschen ausbauen müssen, sie wird nicht nur die Vorgänge beim Gesundbleiben, Krankwerden und Heilen, deren Ablauf im vegetativen System, im inneren Drüsenapparat, im Blut, im Elektrolyten und in der Zelle zu

beobachten ist, weiter verfolgen, sondern auch die Homöotherapie mit tauglichen Mitteln nachprüfen müssen.

Es ist kein Zufall, daß der Gesichtspunkt, den *Samuel Hahnemann* vor rund 100 Jahren für eine Arzneitherapie aufstellte, wieder neuerdings von Praktikern und Theoretikern der Medizin diskutiert und benutzt wird. Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind auch eine Reihe von Entdeckungen gemacht worden, welche die Empirie *Hahnemanns* zu einem modernen medizinischen Problem machten. Seine Auffassung des kranken Menschen ging davon aus, daß vitale Mechanismen physiologische Regulationen zustande bringen und daß der Organismus ein Energiewechselsystem sei. Für die Wirkung eines Arzneistoffes sind die Konstitutionen des einzelnen Menschen, die Dosis, und die Fähigkeit der Arznei, Selbstregulierungsprozesse zu fördern, von entscheidender Bedeutung. Rein empirisch konnte er beobachten, daß ein Arzneistoff um so wahrscheinlicher umstimmend wirke, je mehr er, nach der Ähnlichkeitsregel gewählt, organotrope und egotrope Beziehungen hätte. Er legte besonderen Wert darauf, die Intervalle in der Arzneistoffverabreichung genau anzupassen an die Reaktionsfähigkeit des einzelnen Individuums. Er hat durch eine bestimmte Technik der Arzneizubereitung, und ohne daß die damalige Wissenschaft die modernen Probleme der Kolloidalchemie ahnte, Aggregatzustände von Arzneistoffen hergestellt, deren Wirkungen, wie wir jetzt wissen, als Elektrolytwirkung aufgefaßt werden können. Er hat, was uns allmählich selbstverständlich wird, das subjektive Krankheitsbild in hohem Maße anerkennt und diagnostisch und therapeutisch verwertet. Er hat, wie von *Behring* betont und neuerdings vielfach bestätigt wurde, tiefgreifende Gesichtspunkte, und wie *Bier* hervorhebt, für die Immuntherapie und Reiztherapie aufgezeigt. Er behauptete auf Grund von Beobachtungen, daß spezifische Heilstoffe auch spezifische Schutzstoffe sein können, etwas Ähnliches, was moderne Syphilisforscher, wie *Levaditti*, für Arsen und Wismut als therapeutisches und prophylaktisches Mittel nachgewiesen haben. Der alte Widerstand dagegen, die *Hahnemannschen* Funde für den Ausbau einer neuen Pharmakologie zu überprüfen, ist erschüttert, die Dosenfrage wurde z. B. durch die Kenntnis der elektiven Wirkung unmeßbar kleiner Qualitäten, sog. biogener Amine, die im Organismus vorkommen und schon in Spuren eines Milligramms stärkste pharmakologische Wirkungen verursachen, zu einem sehr modernen Problem.

Ohne die theoretischen und praktischen Streitigkeiten um die Homöotherapie als Umstimmungstherapie hier zu diskutieren, soll nur festgestellt werden, daß der Einsatz *Hahnemanns*, umzustimmen, sich als fruchtbar erweist und nach der heutigen Forschung und Empirie theoretisch dadurch besser zu verstehen ist, daß die Wissenschaft seit *Hahnemann* eine Reihe von Entdeckungen machte, die den Kern und das Wesentliche seiner Forschung bestätigen.

... Man kann die homöopathische Umstimmungstherapie zu deuten versuchen, wenn man, wie es neuerdings geschah, annimmt, daß durch sie das vegetative Gleichgewicht und die Hauptfunktion der lebenden Substanz, die oxydative Atmung, beeinflußt wird.

... Die Untersuchungen und Beobachtungen, mit bestimmten Arzneistoffen Angst hervorzurufen und Angst zu bekämpfen, lassen es durchaus möglich erscheinen, daß bei gründlicher Kenntnis der chemischen Vorgänge, die die Angst hervorrufen, begleiten oder fixieren, später eine somatische Angsttherapie ausgebaut werden kann. Die Libidolehre *Freuds* hat diesen Gesichtspunkt schon vor 30 Jahren berücksichtigt, als *Freud* für eine ferne Zukunft die Hoffnung aussprach, daß, wenn die chemischen Triebquellen einmal bekannt und in ihrer Zusammensetzung genau durchforscht seien, der Nutzen für die Kenntnis und die Heilung der Neurosen ein ungeheurer sein müßte! Ging doch *Freud* davon aus, die Neurosen mit den Endotoxikosen zu vergleichen.

... Bereits Forscher wie *Erb* und *Curschmann* hatten auf die Verbindung zwischen pathologischer Angst und Sexualität hingewiesen. Neuerdings wies *Reich* vor allem darauf hin, daß die Symptomatologie der Angstneurose sich im wesentlichen mit der vasomotorischen Neurose deckt. Sein Vergleich mit der Nikotinvergiftung und der Angina pectoris legen es nahe, daß die Angst der Aktualneurotiker eine Begleiterscheinung einer bestimmten Form vegetativer Irritation ist. Er sieht also in Störungen der inneren Sekretion die somatische Grundlage der Angstneurosen.

In diesem Zusammenhang interessiert es auch, auf was *Speranski* kürzlich hinwies:

„Bei Emotionen der Angst im Blute tritt Methylguanidin auf, eine giftige Substanz, die, wie durch weitere Untersuchungen von *Paton* festgestellt ist, unter dem Einflusse des Sekrets der Parathyreoidea in das für den Organismus unschädliche Kreatin verwandelt wird.

Durch Versuche an (zahmen und wilden) Ratten ist deutlich gezeigt worden, daß sie bei der Exstirpation der Glandula parathyreoidea unter dem Einflusse der Angst desto schneller zugrunde gehen, je weniger sie zahm sind (d. h. je mehr sie der Angstemotion unterliegen und, je reichlicher in ihrem Organismus das Methylguanidin sich bildet).

In welchen Organen bei der Angstemotion das Methylguanidin sich bildet, ist nicht festgestellt. Augenscheinlich bildet es sich in dem Organ, welches in dem System der Hormonbildner sich als Antagonist der Parathyreoidea erweist.

Das Methylguanidin besitzt an sich vielleicht keine emotiogenen Eigenschaften, aber es fragt sich, ob nicht sein Auftreten im Blute von der Veränderung der chemischen Zusammensetzung irgendeines Inkretes zeugt, welches in einem gewissen Organ produziert wird, wobei

in diesem Organ auch emotigene Substanzen bereitet werden, als Produkt deren weiteren Spaltung eben das Methylguanidin auftritt.“

... Gleichzeitig für das psychische Problem der Arzneiwirkung sind auch Beobachtungen, auf die vor allem *Mohr* in letzter Zeit immer wieder hingewiesen hat, bemerkenswert. Er sagt in seinen „Psychophysischen Behandlungsmethoden“:

„*Cloetta* hat Tiere, die durch chemische Substanzen und auf psychischem Wege aufgeregt waren, narkotisieren lassen und dabei gefunden; daß größere Quantitäten des Narkoticums benötigt wurden, daß aber außerdem auch trotz der fehlenden Narkose das Hirn eher mehr von dem Narkoticum enthielt als unter gewöhnlichen Umständen. *Bleuler* schließt aus diesen und ähnlichen Erfahrungen dasselbe, was wir inzwischen auch durch die Untersuchungen *Heyers* und *Langheinrichs* wissen, nämlich, daß unser Zentralnervensystem, resp. die Psyche, auch aus der chemischen Umgebung nicht nur das ausliest, was ihr paßt, sondern auch die Stoffe verschieden verwendet, sie eventuell, in einem chemischen Bilde ausgedrückt, je nach den Umständen an verschiedene Moleküle angliedern kann.

... *Hartmann* hat in seinen Arbeiten über Cocainismus und Homosexualität darauf hingewiesen, daß eine stärkere homosexuelle Komponente einen dispositionellen Faktor zur Cocainsucht abgibt, aber andererseits auch daß der chronische Cocaingenuß bei einer Reihe von Fällen die Libido im Sinne der Inversion verändert. Wie *Schilder* vermutet, dürfte jede psychische Giftwirkung spezifisch sein. Es ist noch festzustellen, welche Systeme von den einzelnen Giften getroffen werden. Zu beachten sind die Versuche mit Banisterin und Atropin (*Römer*) bei chronischer Encephalitis, mit Meskalin, Mangan, Schwefel bei Schizophrenien und auch *Wagner-Jaureggs* Paralysebekämpfung durch Malariaimpfung.

Eine Quelle der Anregung zu späteren Forschungen geben die Beobachtungen psychischer Reaktionen bei Prüfungen von Arzneistoffen am Gesunden und bei Arzneimittelvegiftungen. Zahlreiche Forscher, z. B. *Polisch*, sehen folgende Zusammenhänge: Den Arzneimittelvegiftungen ist gemeinsam das Erhaltenbleiben des Persönlichkeitsbewußtseins, eine Ausnahme machen u. a. *Haschisch* und *Meskalin*. Der Kreis der psychischen Reaktionsformeln bei Arzneimittelvegiftungen läßt sich nicht über die Gruppe der exogenen Prädispositionstypen hinaus erweitern. Überschneidungen mit endogenen Symptomenbildern, wie paranoiden, manischen, katatonen, vereinzelt auch vielleicht depressiven, sind als Komplikationen aufzufassen. Die Frage, ob die psychischen Reaktionsformen spezifischen Charakter tragen, wird nur für einige Zustandsbilder bejaht. Hier gehören der Alkoholrausch und die Narkose der Inhalationsästhetika, die Meskalin- und Haschischvergiftungen.

... Wir gingen davon aus, daß im Organismus psychophysische Abläufe untrennbar sind. Es gibt keinen Ort im Organismus, in dem die Seele sitzt. Sie ist überall. Es gibt keinen Ort, der nicht von Blut, Hormon und Elektrolyt beeinflußt wird. Sie sind überall. Die hormonale Steuerung bei Gleichgewichtsverschiebungen im Gesamtsystem sind vor allem durch *Kraus* und *Zondek* erforscht. Bei Versuchen, durch hormonale Eingriffe umzustimmen, versagt der rein chemische Gesichtspunkt. Es sind übrigens auch nur zwei Hormone, das Thyroxin und das Adrenalin, chemisch erforscht und synthetisch darstellbar.

Es scheint — vor allem sprechen dafür die Erfahrungen *Blums* bei Morbus Basedow, die neuerdings von *Herzfeld* und *Frieder* aus der Klinik *Goldscheider* bestätigt wurden — daß in einzelnen inneren Drüsen, wie in den Epithelkörperchen, das Hormon selbst nicht existiert. Sie enthalten wahrscheinlich nur eine hormogene Substanz, die außerhalb der Drüse an einem noch nicht feststehenden Punkt aktiviert wird, um dann als experimentell wirksames Hormon im Blut zu erscheinen. Verfüttert man nämlich den — der Parathyreoidea beraubten — Versuchstieren nur Epithelkörperchen, so läßt sich eine Schutzwirkung nicht feststellen.

Der Schwerpunkt der Hormonforschung lag zunächst in der Analyse der Einwirkung der einzelnen Drüsen auf Funktion und Form der Organe und des Organismus, dann beschäftigte man sich vor allem mit dem Zusammenwirken bestimmter korrespondierender innerer Drüsen, ließ sich dann vor allem unter dem Einfluß des Ionenantagonismus bestimmen, das wechselnde Spiel der Funktion der einzelnen Drüsen und korrelativer Drüsen zu erforschen. Neuerdings tritt der Gesichtspunkt wieder stärker hervor, die Reaktion auf die verschiedenen Reize als einen Teil der Funktion zu betrachten. Vor allem *Dresel* und *Himmelweit* bemühen sich nachzuweisen, wie die Reaktionsbereitschaft durch manche Hormone weitgehend geändert wird, ohne daß im sog. Ruhezustand quantitative Änderungen der Funktion dadurch bedingt sind.

... *Dresel* und *Himmelweit* weisen auch darauf hin, daß der psychovegetative Anteil der Person von großer Bedeutung für die verschiedene Reaktionsbereitschaft im individuellen Verhalten der Person in jeder Lebenslage ist.

Von der Arzneitherapie aus scheint es mir interessant, darauf hinzuweisen, daß eine Reihe von Pflanzen, wie die Ephedra, in der chemischen Konstitution und in der pharmakologischen Wirkung weitgehende Ähnlichkeit mit bestimmten Hormonen hat, ferner, daß das Ephetonin aus der Ephedra, im Gegensatz zum Adrenalin, auch per os verabreicht, seine volle Wirkung entfaltet, ja daß es eine viel nachhaltigere Wirkung auf den Organismus zeigt wie das Adrenalin, ohne negative Phase. Es spricht auch vieles dafür, daß die Ephedra ein hervorragendes Capillarmittel

ist und damit vielleicht eine große Bedeutung erlangen wird für eine spätere Pharmakologie der Capillaren.

... Es bleibt noch die Frage der psychischen Umstimmung.

... Im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung erlebt man nicht selten, daß der hormonale Habitus männlicher und weiblicher Patienten sich umstellt, oder daß die seit Jahren bestehende Krankheitsbereitschaft für Infektionen und das Festhalten an psychisch überlagerten körperlichen Störungen gelockert wird. Die Wirkung, die von Vorstellungen, Gedanken, Affekten ausgeht, beeinflußt die Konstitution und weckt latente Energien oder versetzt aktivierte Energien in Latenz.

Im Laufe der hoch differenzierten, geirlichen und seelischen Entwicklung des Menschen sind zahlreiche automatische Vorgänge für Gesunderhaltung und Abwehr gestört und durch bewußte Vorgänge beeinflußbar geworden. Die Unterschicht der für archaisch psychisches Geschehen nötigen körperlichen Apparate ist überhaupt von später erworbenen überlagert; entsprechend hat die Großhirnrinde sich immer mehr differenziert und allmählich den Hirnstamm überlagert. Aus dem biologischen Unterbau psychischer Elemente hat sich die „Tiefenperson“ und die „Corticalperson“ heraus entwickelt. Die seelischen Funktionen sind an Großhirnrinde und Hirnstamm gekoppelt, in letzterem wurzeln alle Elemente verfeinerter intellektueller und gemüthlicher Entwicklung. Die Reaktionsbereitschaft auf körperliche und seelische Reize ist eine Seite der Erregbarkeit; dies ist sowohl Ausdruck eines seelischen Zustandes als auch Funktion des vegetativen Nervensystems und des hormonalen Apparates. Jedenfalls regulieren die vegetativen Zentren, die man als „vegetatives Gehirn“ bezeichnet, die wichtigsten Lebensvorgänge und Abwehrfunktionen. Das Lebensgefühl, die Stimmung, das Triebleben, die Affektivität, Temperament und Charakter, aber auch die Anfälligkeit für Infektion, Neigung zu Ulcera und Carcinomen, Wundheilung und Narbenbildung sind abhängig von dem von der Psyche — nur vom Unbewußten — regierten vegetativen Nervensystem. Die cellulären Stoffwechselvorgänge sind abhängig von dem „vegetativen Gehirn“ und seinen Nerven — alte automatische Abläufe sind in lockerem und engerem Zusammenhang mit Vorgängen im Großhirn, mit bewußten Funktionen. Das vegetative System übermittelt dem Großhirn fortlaufend die „Stimmung“ der Zellen, der Organe und des Organismus, die lustvollen und unlustvollen Lebensgefühle. Die Persönlichkeit wurzelt im Vegetativen. Der körperlichen und seelischen Reife des Menschen entspricht die optimale Leistungsfähigkeit und Intaktheit der Psyche, des vegetativen Nervensystems und der Inkretorgane, somatisch und tonisch.

Das gesamte Soma steht unter der Herrschaft der Psyche, vor allem die Leistung des gesamten Nervensystems. Das Erleben einer Erkrankung ist nicht selten entscheidender als der somatische Prozeß der Erkrankung.

Der nachträgliche Gehorsam gegenüber der Erkrankung ist oft so einschneidend für das weitere Lebensschicksal des Menschen, daß Prognose, Diagnose und Therapie für spätere Erkrankungen unter dem Zeichen der früheren Erkrankung stehen.

Freud hat den Weg erschlossen zu einer umstellenden Therapie vom Seelischen aus. Die psychotherapeutischen Methoden, die das Unbewußte berücksichtigen und therapeutisch benutzen, in erster Linie die Psychoanalyse, versuchen die Tätigkeit des seelischen Motors zu regulieren, weil von ihm der Hauptantrieb zum Gesundbleiben, Krankwerden, Krankbleiben und Wiedergesundwerden ausgeht. Er wirkt unmittelbar auf das vegetative Gehirn, auf das endokrine hormonale System, das Großhirn und die Erfolgsorgane. Die Psychoanalyse als Therapie versucht günstige Heilungsbedingungen für die Krankheit und prophylaktische Abwehrmaßnahmen für spätere Erkrankungen herzustellen.

... Die Ursache oder der psychische Überbau zahlreicher Leiden, die als organisch diagnostiziert werden, ist nicht selten in Konflikten im Seelenleben des Patienten zu suchen. Das Problem der Angst ist ein Zentralproblem der Umstimmungstherapie, Angst, Schuldgefühl, Strafbedürfnis, Krankheitsgewinn als Ausdruck innerer Konflikte werden an der Zelle, am Zellverband, am Organ, am Organsystem und am ganzen Menschen zum Austrage gebracht. Die Symptome, die die Angst auslösen, das wechselnde Bild der Angstäquivalente muß gekannt sein, damit der Arzt durch den Patienten nicht verführt wird, organisch zu behandeln, wo es sich gerade darum dreht, eine Organbehandlung zu vermeiden. Der Arzt muß allmählich die „Organsprache“ verstehen, übersetzen und auflösen. Was jemand aus seinem Diabetes, aus seiner Tuberkulose, aus seinem Unfall und aus dem, was man Konstitution nennt, macht, hängt in hohem Maße ab von seiner seelischen Reife oder Unreife und von der Fähigkeit und Erfahrung seiner Ärzte. Die Sprache hat nicht instinktos „Haß“ und „häßlich“, „Liebe“ und „lieblich“ aus einem Stamm gebildet. Auch außerhalb der Psychoanalyse versteht man es, wenn Analytiker darauf hinweisen, daß Menschen sich unter der seelischen Behandlung hormonal ändern und schöner werden, wenn Verkrampfungen, Hemmungen, destruktive Aggressionstendenzen gelöst werden, wenn der Patient lernt, einem ichgerechten Ziel nachzustreben, die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit und Konzentration wieder auszunutzen, ein Stück Narzismus in Schaffen und sozial brauchbare Leistung umzuwandeln. Wie das psychobiologisch zustande kommt, wissen wir im einzelnen nicht. Wir vermuten, daß der Inkretapparat durch den seelischen Einfluß umgestellt wird, daß die „Tiefenperson“ das vegetative Nervensystem und das vegetative Betriebsstück der Zelle umstimmt. Diese Annahme macht eher verständlich, weshalb z. B. Rhythmus, Dauer und Stärke der Menses so stark von der Psyche abhängig sind, weshalb Triebkonflikte, Infantilismen und Nachwirkung

früherer Geschehnisse so entscheidend die männliche Potenz und den Organismus der Frau beeinflussen.

Aus den Erfahrungen der psychoanalytischen Therapie lassen sich für das Problem der Umstimmung einige allgemeine Formulierungen ableiten, aus denen ich folgende heraushebe, ohne sie näher zu begründen oder zu erklären:

1. Der Genesungswunsch und der organische Krankheitsgewinn sind vorwiegend von unbewußten Konstellationen abhängig.

2. Die autoritativen Erziehungspersonen, meist die Eltern, leben in der Ich- und Gewissensbildung des Heranwachsenden vor allem auch in seinem Gesundheitsgewissen weiter, sie formen einen wesentlichen Anteil des Gesundheitswillens und lassen den Kranken bei dem Versuch, gesund zu werden, unbewußt die Herstellung einer frühkindlichen Trieb-situation statt der Gesundheit der reifen Menschen erstreben. Dies bringt ein Stück Erklärung dafür, daß die Wirksamkeit eines therapeutischen Eingriffs oft fast unabhängig von der Eigenart dieses Eingriffs Arznei, Messer, Wort ist, sondern wesentlich von den Vorbedingungen, die im Kranken selbst liegen, bestimmt wird.

3. Der Arzt als Erfolgsorgan des Patienten muß seine eigenen seelischen Voraussetzungen und seine Tribschicksale kennen, um in entscheidenden Situationen der therapeutischen Arbeit die Selbstregulierung des Patienten nicht zu stören. Er muß in seiner persönlichen Gleichung geordnet sein.

... Die Frage der kombinierten Therapie ist noch nicht spruchreif. Meine eigene Erfahrung läßt mich vermuten, daß wer in seinem Bestreben, zu heilen, den Hauptakzent auf die Bewältigung und Ausnutzung des Widerstandes legt, sein therapeutisches Instrument sehr genau kennen muß und schon aus Aufmerksamkeitsgründen nicht gleichzeitig zwei oder drei Instrumente arbeiten lassen soll. Die Strategie des Patienten und des Arztes stehen einander meist so scharf gegenüber, daß jede Ablenkung durch Unaufmerksamkeit sich rächt. Je mehr der psychotherapeutische Eingriff sich der exakten psychoanalytischen Arbeit nähert, je mehr er absolut als Methode der Wahl eingesetzt werden muß, um so mehr scheint es mir, daß das Instrument der Psychoanalyse allein arbeiten muß. Wenn wir diese Therapie als die spezifische bezeichnen, ist es erlaubt, die anderen seelischen Eingriffe unter den Begriff der unspezifischen Therapie zusammenzufassen. Sie lassen es als brauchbar und notwendig zu, daß man das einzelne Verfahren mit einem irgendwie somatischen Verfahren kombiniert. Die Verantwortlichkeit des Arztes und die wechselnde Determiniertheit der Geschehnisse im Kranken zwingen jeden Arzt, die Augen offen zu halten für eine Unterbrechung seiner Therapie oder für ihren Ersatz durch eine andere Therapie, die im Augenblick vielleicht weniger gründlich, aber doch wirksamer wäre, als die bisher ausgeübte. Das gilt für somatische Behandlungen,

die erfolglos ablaufen, wie für seelische Behandlungen, in deren Ablauf Prozesse sich bemerkbar machen, die in ihrer destruktiven Tendenz vom Seelischen aus nicht zu bewältigen sind, oder bei denen noch Wegräumung des psychischen Widerstandes das Feld freigemacht ist für einen somatischen Eingriff. (Autoreferat.)

W. Cimal (Altona): Die konstitutionsbiologischen Voraussetzungen der Lebensfähigkeit und ihre körperliche Besserung.

Die wesentlichen Krankheitsursachen der nervösen Krankheiten wurden früher überwiegend in Anlage mäßiger Minderwertigkeiten des Nervensystems gesucht.

Cimal sucht sie in Mängeln der Lebenstauglichkeit, die teilweise in charaktermäßigen Entwicklungshemmungen der Lebenstauglichkeit liegen, zum größeren Teil in Mangelkrankheiten der Reservekräfte des Nervensystems. An solchen Mängeln der körperlichen Reservekräfte des Nervensystems scheitert die Lebensfähigkeit des Nervösen in einer ganz bestimmten Reihe von Formen und Zusammenhängen. Ein harmloses Erlebnis kann einen vorgeschwächten Körper, also einen Körper nach einer Grippe, im Anschluß an die Entwicklungsjahre, nach aufreibender Überarbeitung übermäßig erschüttern.

Aber auch das Erlebnis selbst ist von solcher Vorschwächung abhängig, die Vorschwächung und Ausmergelung der Körperkräfte läßt das einzelne Erlebnis explosionsartig entgleisen oder es läßt die Seele erlebensleer oder es hinterläßt nach durchschnittlichen Lebensbelastungen Komplexe, also Erlebnisreste, die den Ablauf der innerseelischen Leistungen dauernd stören und vergiften.

Diese Erlebnisfähigkeit sowohl auf körperlichem wie seelischem Wege zu bessern, wenn man weiß, daß ein Überschuß an leidenschaftlicher Spannung etwa in den Entwicklungsjahren die Reservekraft der Lebensäfte ausmerkelt, den Körper also blutarm macht, so wird man mit etwas Vorsicht diese Spannung mildern und die voraussichtlich gefährdeten Kräfte gleichzeitig erhöhen. Wo die Kraft ausgemerkelt ist, können bestimmte Diätformen, Schlafregelung und der Ersatz der ausgemerkelten Stoffe sie ersetzen. Die körperliche Besserung der Reservekräfte des Nervensystems hat also die seelische Haltung zu begleiten, ihr teilweise vorauszuweichen, weil die psychotherapeutische Erschütterung, die zur Krisis führt, nur erreicht werden kann, wenn die seelische Kraft zur Aufwühlung in den Kräften des Nervensystems vorhanden ist. Diese Verbindung körperlicher und seelischer Heilwege ist zwar erst im Beginn der Erforschung und kann oft nur gefühlsmäßig ertastet werden, wo sie aber gelingt, ergibt sie einen besonders hohen Fortschritt von der Neurose zur Lebenstauglichkeit. (Autoreferat.)

H. Vogt (Bad Pyrmont): Die klimatologischen und balneologischen Faktoren in der Psychotherapie.

Für die Wirkung, die wir nach Bade- und Klimakuren auf seelischem Gebiete feststellen können, ist ausschlaggebend die starke Wirkung aller dieser Maßnahmen auf das vegetative System. Bäder, Trinkkuren, klimatische Kuren usw. sind nicht eine Organbehandlung, sondern eine Behandlung des ganzen Menschen, die letzten Endes zu einer Umstellung des chemisch-physikalischen Haushaltes im menschlichen Körper führt. Wir sind in der Lage, meßbar diese Änderungen zu verfolgen, die sich im Ionenhaushalte in der Gleichgewichtslage zwischen Vagus und Sympathicus, in den Vorgängen der Atmung, des Kreislaufs, des Stofftransportes usw. abspielen. Änderungen des vegetativen Systems wirken aber in einer Änderung der Gemeingefühle sich aus und ändern insofern den seelischen Zustand des Menschen. Obwohl zweifellos die Gesundung von einem unbeschriebenen Krankheitszustand, etwa einem Herzleiden sich auch seelisch auswirkt, so liegt der weitreichend seelische Erfolg, den wir den natürlichen Heilmitteln dem Klima und der Landschaft verdanken, zweifellos auf dem Gebiet der allgemeinen Umstimmung des Menschen.

(Autoreferat.)

Fritz Mohr (Düsseldorf): Die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen chemischer Reize.

Je weiter die Medizin in die Vorgänge, die sich beim Heilungsprozeß im Organismus abspielen, eindringt, um so stärker wird auch die Überzeugung: die Heilung geschieht von Instanzen aus, die mit dem Wesen des Lebens identisch sind, von Tiefen also, wo Psychisches und Physisches sich nicht mehr trennen lassen. Was wir als Ärzte tun können, ist nur, die Abwehrtätigkeiten des Organismus zu unterstützen, die Regulierungsabläufe in Gang zu bringen, zu unterhalten oder zu verstärken. Indem wir durch physische Mittel eine solche Anregung geben, muß ganz allgemein auch auf der psychischen Seite eine Reihe von Vorgängen ausgelöst werden: z. B. das Gefühl vermehrter Tätigkeit, größerer Vitalität, gesteigerter und veränderter innerer Spannung und Stimmung, im ganzen also das Gefühl einer erhöhten Gesundheitsbereitschaft. Man leitet somit durch ärztliche Handlungen irgendwelcher Art, ob es nun Darreichung von Medikamenten oder sonst etwas ist, einen Heilungsvorgang ein, der immer gleichzeitig physisch und psychisch ist, und der die Gesamtlebensfunktion in Bewegung setzt. Der Vorgang wird um so rascher und sicherer zu seinem Ziel führen, je mehr es uns gelingt, durch das körperliche Mittel, das wir geben und durch die psychische Einwirkung, die damit verbunden ist, den ohnedies schon vorhandenen Tendenzen des heilenden Unbewußten entgegenzukommen, je mehr demnach der allgemeine Lebensprozeß von beiden Seiten her durch das Mittel beeinflußt wird. Die Anregung zur Heilung, die wir durch

irgendein chemisches Agens (von den physikalischen Agentien gilt natürlich dasselbe, wie ich das betreffs der Hydro-, Thalasso-, Balneo-, Klimatherapie, der Gymnastik und der Massage a. a. O. gezeigt habe [in psycho-physische Behandlungsmethoden. Leipzig: S. Hirzel 1925]) geben, muß also zweckmäßigerweise nicht nur einen direkten Anstoß im Körperlichen leisten, sondern gleichzeitig auch auf psychischem Gebiet eine Reaktion zeitigen, die es der unbewußten Instanz sozusagen erleichtert, in Aktion zu treten, indem ihr dadurch gleichsam vorgemacht wird, worauf es hauptsächlich ankommt, indem der Nachbildungs- und plastische Trieb benutzt und angeregt und so der Weg gewiesen wird, den das Unbewußte gehen könnte, um bestimmte körperliche Effekte zu erreichen. Wenn wir z. B. Coffein- oder Colapräparate, deren Wirkung im wesentlichen auch dem Coffein zuzuschreiben ist, geben, so wird physiologisch eine deutliche Anregung des Großhirns, des Atemzentrums, der quergestreiften Muskulatur, des Herzens, der Blutgefäße und des Blutdrucks hervorgerufen. Von all diesen Organen aus kann also z. B. bei einer Herzstörung oder allgemeiner Schwäche der Heilungsvorgang angeregt werden. In psychischer Hinsicht sehen wir nach *Allers* eine Vermehrung der bildhaften Assoziation eine Steigerung der Reichhaltigkeit der letzteren und eine Erhöhung der Empfänglichkeit für Bewegungswahrnehmungen, dazu Beseitigung der Müdigkeitsempfindungen, Hebung der Stimmung, erleichterte Ausführung komplizierter Verstandesleistungen. Da nun die psychischen Wirkungen und die physischen eng zusammengekoppelt sind, so dürfen wir daraus schließen: alles was in diesem Sinne psychisch wirkt, wird auch die entsprechenden, schon genannten physischen Effekte haben, diese also unterstützen; die physischen Faktoren werden sodann die psychischen wiederum wechselseitig verstärken und den tiefer zugrunde liegenden heilenden Faktoren also weiter helfend entgegenkommen.

Die hier angegebenen elementaren psychischen Wirkungen, die ich primär-psychische genannt habe, finden wir nun bei jedem Medikament und jedem sonstigen chemischen Reiz. Sie bleiben freilich oft ganz oder teilweise unter der Schwelle des Bewußtseins, sind deswegen aber nicht weniger bedeutsam. Ausdrücklich sei dabei betont: Es handelt sich hier nicht um wesentlich suggestive Wirkungen. Natürlich sind solche immer gleichzeitig mit in Tätigkeit, sollen es sogar sein; aber Suggestivwirkungen als solche sind, weil sie nicht direkt, sondern auf dem Umweg über eine Vorstellung, über einen Gedanken, einen Affekt in Bewegung gesetzt werden, dem Körperlichen nicht spezifisch zugeordnet, gehören also bereits zu den sekundär-psychischen Wirkungen. Zu diesen letzteren ist überhaupt alles zu rechnen, was sich nicht unmittelbar, sondern erst mittels eines Urteils oder einer komplizierteren assoziativen Tätigkeit an die Darreichung des Medikaments anschließt.

Was wir hier zunächst beschreiben wollen, ist also eine Wirkung,

die an den psychischen Elementarvorgängen zur Geltung kommt, und die eine spezifische Reaktion auf den jeweiligen Reiz darstellt. Diese primär-psychischen Wirkungen sind zwar bisher gelegentlich therapeutisch immer mit ausgenutzt worden, dagegen selten ganz bewußt und systematisch. Namentlich hat man einen Punkt dabei bisher so gut wie ganz unberücksichtigt gelassen: Ein Teil dieser Wirkungen ist nämlich so geartet, daß dadurch gleichsam nur Dispositionen zu bestimmten psychischen Zuständen geschaffen werden. Das Auftauchen der letzteren selbst wird dadurch allein noch nicht hervorgerufen, zum mindesten nicht in der gewünschten Richtung und Stärke. Es muß also als weiterer Faktor die auf rein psychischem Wege erfolgende Beeinflussung durch den Arzt hinzukommen. Durch sie wird das, was von der chemisch ausgelösten psychischen Wirkung bisher unter der Schwelle des Bewußtseins geblieben war, über diese hinausgehoben bzw. dem Ablauf der seelischen Vorgänge eine bestimmte Richtung, Dauer und Stärke gegeben, wodurch sie erst eigentlich therapeutisch wirksam gemacht werden. Es wird also zum Teil darauf ankommen, im Anschluß an eine genaue Erkenntnis der primär-psychischen Wirkungen eines chemischen Mittels diese letzteren dem Kranken möglichst klar und anschaulich zu schildern, ihn sozusagen darauf einzustellen und daneben auch die durch das körperliche Mittel geschaffene andere Stimmungslage, den veränderten Gedankenablauf, unter Umständen auch die veränderte Wahrnehmungsfunktion zu weiterer psychischer Verarbeitung zu benutzen. Daß man dabei je nach Individualität und vorhandenem reproduktivem Material ganz verschieden wird vorgehen müssen, ist einleuchtend.

Mohr illustriert die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen am Meskalinrausch, an Morphinum, Scopolamin und Atropin, an Schlafmitteln, er berücksichtigt auch die fiebelerzeugenden Mittel, die Hormontherapie. Er betont, daß die Form der Verabreichung von Medikamenten psychisch von Bedeutung ist, daß z. B. die persönliche Verabreichung von Mitteln häufig erheblich stärker wirkt, als wenn man sie verschreibt. Zum Schluß geht er auf die Diättherapie ein.

A. A. Friedländer (Freiburg i. Breisgau): **Erfolgsmöglichkeiten der kombinierten Therapie.**

Die kombinierte Therapie bedeutet in meinen Fällen: Gleichzeitige Anwendung seelischer, erzieherischer und physikalischer Behandlung unter Einschränkung der arzneilichen.

Fall Sch.: Chronische Polyarthritis schwerster Art. Nach langjähriger Behandlung (7 Ärzte, 2 Kurpfuscher), monatelanger klinischer Beobachtung wurde jede weitere Therapie für aussichtslos erklärt und zufolge dauernden Fiebers und Kräfteschwunds mit dem Ableben des Kranken gerechnet.

Befund: Der Kranke ist skeletartig abgemagert; der 21jährige Mann wiegt 58 Pfund; Kopfhalsgelenk, Ellbogen-, Hand-, Finger-, Knie-, Fuß- und Zehengelenke ankylosiert, außerordentlich schmerzempfindlich; die Zehen sind mit dicken Borken belegt, verkrümmt. Im Verlauf der Untersuchung wird das Bettuch durch den Fußschweiß durchnäßt.

Behandlung: Vollständige Änderung der Ernährung: Reichlich Milch, Fruchtsäfte, Salat, täglich 1 l (!) Preßsaft von rohen Karotten, Blumenkohl, Radieschen. Unter dauernder suggestiver Beeinflussung wird mit Ambrinepackungen (70—80°) und Massage aller erkrankten Gelenke begonnen. Später *Biersche* Stauung; Senf-, Kleie-, Kamillen-, Fuß- und Handbäder. Keine Arzneimittel außer *Recresal* und Phosphor-lebertran. 14 Tage nach Beginn der Behandlung kann der Kranke zum erstenmal eine geringe Kopfbewegung selbständig ausführen. Nach 6 Wochen war die Körperwärme regelrecht. Bei Abschluß der Behandlung sieht der Kranke blühend aus, wiegt 100 Pfund (160 cm Körpergröße) und ist schmerzfrei. Er unternimmt Radausflüge und Spaziergänge bis zu mehr als drei Stunden. Er schreibt auf der Maschine und hat seine Klavierübungen wieder aufgenommen. An die Stelle der früher bis zur völligen Apathie gesteigerten Hoffnungslosigkeit ist Lebens- und Arbeitsfreude getreten. Unbeeinflußt blieb bisher das rechte Handgelenk; mit dem linken können Bewegungen in beschränkter Weise ausgeführt werden. Die in einem Zwischenraum von neun Monaten vorgenommenen Röntgenuntersuchungen (*Rehnsche Klinik*, Dr. v. *Pannewitz*) sind von Dr. v. *Pannewitz* in der „Röntgentechnik“ eingehend beschrieben worden. Im übrigen verweise ich auf meine Arbeit in der *Münch. med. Wschr.* 1931, Nr 19, S. 785 und auf die dort wiedergegebene kurze Beschreibung des Röntgenbefundes, wie auf den Hinweis darauf, „daß das Verschwinden der ursprünglich sehr stark ausgeprägten Randwucherungen innerhalb von neun Monaten als ganz besonders selten angesehen werden muß. Ein solches restloses Verschwinden von derart ausgeprägten massiven Randwulsten in so relativ kurzer Zeit hat er (*v. Pannewitz*) noch nie beobachtet. Dieser Befund ist um so auffälliger, als im ganzen die Neigung zu weiteren Knochenneubildungen fortbesteht“.

Dieser Fall beweist, welche Erfolgsmöglichkeiten durch aktive Behandlung (worunter ich unter anderem die vom Arzt durchgeführte Massage verstehe) gegeben sind. In der erwähnten Arbeit schrieb ich: „Freilich genügt es nicht, Arzneimittel oder nur Heilbäder (mit und ohne „Edelgase“) zu verordnen. Der Arzt muß selbst auf den Plan treten und sich der mühevollen und zeitraubenden Aufgabe der aktiven Behandlung widmen, die von Anfang an auch seelisch gerichtet sein muß.“

Sogenannte Druck-Saugmassage:

Vor Jahrzehnten beschrieb *Cederschiöld* die Massage des „rhythmischen Druckes“.

Ihr schenkte ich meine besondere Aufmerksamkeit und wandte sie bei gewissen Krankheiten in der Form der von mir sog. „Druck-Saugmassage“ an. Die Beschreibung der Technik würde zu weit führen. Ich verzichte auch auf die Wiedergabe der in meiner oben genannten Arbeit dargestellten Fälle. Die Druck-Saugmassage erzielt Erfolge bei Herzkranken, bei Hypnotikern, Asthmatikern usw. häufig bereits in ganz kurzer Zeit. Ich habe durch diese Behandlungsart unter weitgehender Einschränkung von Arzneimitteln arbeitsunfähige Kranke (nicht geheilt, aber) arbeitsfähig gemacht und ihnen den Aufenthalt in Höhenlagen von 2000 m und mehr (!) ermöglicht.

Der bekannte Einfluß der suggestiven Behandlung im allgemeinen und der hypnotischen im besonderen zeigt sich in hervorragendem Maße wiederum bei Asthmatikern, bei denen arzneiliche Behandlung wie auch die in der allergiefreien Kammer versagt hatte, und bei der Anwendung der kombinierten Diät-Insulin-Hypnosebehandlung, die ich nachdrücklichst empfehle. (Beispielsweise waren bei einem Zuckerkranken mit 5% Aceton, und Acetessigsäure, bereits am 12. Behandlungstag keine krankhaften Stoffe mehr im Urin vorhanden. Höchste Insulingabe 2mal 20, niedrigste 1mal 6 Einheiten.)

Ich hoffe, die Technik der Massage des rhythmischen Druckes in Verbindung mit der Druck-Saugmassage demnächst darstellen zu können. In dieser Arbeit will ich auch über die Behandlungsergebnisse bei chronischem Gallenleiden, Operationsfolgen usw. berichten.

(Autoreferat.)

Boenheim Curt (Berlin): Die Bedeutung somatischer Behandlungsmethoden bei der Psychotherapie im Kindesalter.

Um die Bedeutung somatischer Methoden innerhalb der Kinderpsychotherapie zu erörtern, wird deren Sonderstellung gegenüber der Psychotherapie der Erwachsenen charakterisiert. Als wesentliche hier in Betracht kommende Faktoren werden Betonung der Physis genannt, ferner Beeinflußbarkeit, Suggestibilität, Übungsfähigkeit, schließlich Einfachheit kindlicher Konfliktbildung und Milieuverbundenheit.

Somatische Behandlungsmethoden haben ihr Anwendungsgebiet bei der großen Anzahl körperlich lokalisierter Störungen ferner auch bei einer Reihe von psychischen Zuständen. Nach genauer Strukturanalyse wird je nach dem Grade der Verankerung der Symptome im Charakter und ihrer Tiefenfundierung die entsprechende Behandlungskombination gewählt werden müssen.

Auch für den Kinderpsychotherapeuten ist die Erfassung und Beeinflussung der Gesamtpersönlichkeit selbstverständliche Forderung. Hierzu ist tiefenpsychologische Schulung unerläßlich.

J. H. Schultz (Berlin): Autogenes Training.

„Die Behandlung des Seelischen vom Körper aus“ scheint keine sehr

glückliche Fassung, enthält sie doch unvermeidlich implizite die Anerkennung einer dualistischen Auffassung und ist daher geeignet, zu Mißverständnissen zu führen. Daß *Heyer* selbst einem solchen nicht unterliegt, bedarf nicht näherer Ausführungen. Wenn im folgenden einige kurze Bemerkungen zur Frage des autogenen Trainings von dem Standpunkt aus gemacht werden sollen, wie weit hier anscheinend „körperliche“ Maßnahmen „Seelisches“ umzustellen geeignet sind, so möchten wir zunächst ein paar Worte über physiologische Zusammenhänge in der Methode sagen, dann einige Bemerkungen über Beziehungen zu aktuellen psychiatrischen Fragestellungen beibringen und endlich kurz ein paar prinzipielle Gesichtspunkte festlegen.

Für die Physiologie des autogenen Trainings ist allgemein entscheidend die moderne Schlafphysiologie, auf Grund deren wir den Schlaf als einen zentral an bestimmte Apparate gebundenen Umschaltungsverfahren bezeichnen dürfen, bei dem tonische Haltungen, Körpereinstellungen und Funktionswandel bis zur Reflexumkehr sowie archaische Züge vielerlei Art besonders hervortreten; durch diese letzten sind gewisse Einstellungen während des Schlafes primitiveren ontogenetisch oder phylogenetisch vorgeschichtlichen Verhaltensweisen ähnlich (*Plötzl*). Normalschlaf ist nicht universelle Nullspannung, sondern Herabsinken auf ein tieferes Ruheniveau (*Ebbecke*), Ausdruck einer biologischen Urfähigkeit jeder lebendigen Substanz eigen, Ruhestände einzugehen. Besonders vegetative Schaltungen ändern sich grundlegend, wenn auch ihre Gruppierung hierbei, etwa nach dem Gesichtspunkt Sympathicus-Parasympathicus (*W. R. Hess, Messerle, Fischer* u. a.) durchaus noch nicht völlig durchsichtig erscheint. Darüber aber besteht, besonders mit Rücksicht auf die modernen Feststellungen über Kreislauf, Muskelverhalten, Säure-Basengleichgewicht usw. kein Zweifel, daß wir es bei der in Frage stehenden Umschaltung mit einer tiefgreifenden Veränderung des Gesamtverhaltens des Organismus zu tun haben.

Betrachten wir einige charakteristische Punkte der Technik des autogenen Trainings, so möchten hier besonders zwei Übungsphasen in ihrer physiologischen Wertigkeit kurz beleuchtet werden, der Schwere- und der Wärmeversuch. *Allers* und *Schminzky* verdanken wir die letzten sehr sorgfältigen Untersuchungen über Muskelerlebnisse bei Gedankenvorgängen. Sie prüften in über 200 Versuchen an 7 Versuchspersonen die Aktionsströme der Muskeln bei motorischen Vorstellungen und verwandten Vorgängen. Die Instruktionen waren: 1. Faust ballen, 2. Vorstellung der geballten Faust, 3. inneres Sprechen: „Jetzt will ich die Faust ballen“, 4. Vorstellung der Kniebeuge, 5. inneres Sprechen: „Jetzt will ich das Knie beugen.“ Es zeigt sich, daß die Vorstellung solcher Vollzüge bei der großen Mehrzahl der Versuchspersonen zu myelektrischen Erscheinungen führte. Entscheidend war für das Gelingen die Intensität der Vergegenwärtigung, wobei vielfach werthafte Momente Bedeutung gewannen.

Durchaus übereinstimmend sehen wir beim autogenen Training durch die Setzung des Schwereerlebnisses fortschreitende Entspannungen auftreten, die ihrerseits nicht nur als Allgemeinerlebnis, sondern auch speziell physiologisch belangvoll erscheinen. Ergeben sich doch so Ausgleiche gewisser motorischer Typen, die (*Löwenstein, F. H. Lewy, Gurewitsch, Oseretzky* u. a.) in ihrer Gestaltung von Übung, Training, Beruf, Rasse, Kultur und Geschlecht abhängig sind. Untersuchungen über das Verhalten der Chronaxie in den verschiedenen Phasen des Trainings durch *F. H. Lewy* und mich sind noch nicht abgeschlossen. Besonders verwiesen sei hier auf die Beziehungen dieser Muskelentspannung zur allgemeinen Kreislaufage, zeigen doch neuere Studien aus modernen Kliniken (*Eppinger, v. Bergmann* u. a.), wie bedeutsam für den Gesamtkreislauf die Einstellung der Peripherie ist. In diesem Sinne empfiehlt z. B. *Eppinger* bei bestimmten Kreislaufstörungen Diathermie der Extremitäten.

Weiter ist auf die nahen Beziehungen zwischen Schlaf- und Tonusstörungen bei pathologischen Prozessen zu verweisen. Wir stimmen *Schilder* und *Weißmann* zu, daß es sich hier um außerordentlich komplizierte Verbindungen handelt, und möchten annehmen, daß hier Bewußtseins- und Tonussteuerungen von komplizierten kortikalen Regulationen bis zu massiven Steuerapparaten in der Hirntiefe gestaffelt angeordnet sind.

Wie eingreifend die konzentrativ gewonnenen Umschaltungen der Vasomotoren wirksam werden können, wird, wie ich schon mehrfach warnend hervorhob, besonders bei fehlerhaften Experimenten mit Kälteerlebnissen deutlich, die zu langdauernden, sehr quälenden Angiospasmen führen können. Von prinzipieller physiologischer Bedeutung ist der durch das autogene Training gelieferte Nachweis, daß die schon vordem bekannte psychische vasomotorische Umstellungsreaktion durch Übung erworben und gesteigert werden kann. Ihre Auswirkung verrät sich vor allen Dingen in der zuerst von mir nachgewiesenen, von meinem damaligen Mitarbeiter *H. Binswanger* quantitativ bestätigten Zunahme der physikalischen Wärmestrahlung bei Darstellung von Wärmeerlebnissen. Es ergeben sich hier Temperaturunterschiede von mehr als 1°C .

Als weiteren physiologisch wichtigen Punkt von prinzipieller Bedeutung nenne ich den durch das autogene Training geführten Nachweis, daß es dem durchschnittlichen Menschen bei Einhaltung der richtigen Technik möglich ist, „unwillkürliche“ Abläufe zu selbsttätiger Verfügung zu erobern. Die Selbstumschaltung des Pulses, und zwar im Sinne meiner prinzipiellen Einteilung konzentrativer Leistungen nicht über Affekte (indirekt) und nicht über andere Körperfunktionen, etwa die Atmung (sekundär), sondern ganz unmittelbar als direkte konzentrativ Einstellung gehört zur regelmäßig durch die durchschnittliche Technik zu erarbeitenden Funktionserlernung und muß von jeder trainierten Ver-

suchsperson gefordert werden. Damit entfällt, wie ich schon mehrfach hervorhob, der prinzipielle Gegensatz willkürlicher und unwillkürlicher Funktionen; ich möchte nur kurz darauf verweisen, daß im Anschluß an eine entsprechende Darlegung von mir auf der Tagung Deutscher Nervenärzte in Hamburg 1928 *Otfried Foerster* meinem Vorschlage beitrug, die irreführende Bezeichnung „willkürliche Muskulatur“ ganz aus dem medizinischen Sprachgebrauche auszuschalten.

Psychopathologisch und medizinisch-psychologisch sind erwähnenswert die Beziehungen der im autogenen Training hervortretenden psychischen Veränderungen zu den jetzt so viel studierten Vorgängen des Einschlaflebens (*C. G. Jung, Bumke, C. Schneider, Behringer* u. a.). Besonders hinweisen möchte ich auf die Ausführung von *Mayer-Gross* auf den Versammlungen südwestdeutscher Psychiater 1926 und 1928, in denen die in Frage stehenden Erscheinungen sehr sorgfältig und unter Beibringung genauer Eigenbeobachtungen analysiert werden. Für unsere Arbeit ist wesentlich, daß *Mayer-Gross* beim normalen Einschlafen die sonst übliche Annahme von Affektlosigkeit und Gefühlsschwächung (*Claparède, Trömner, C. Schneider* u. a.) durchaus nicht bestätigen konnte, sondern nur eine Richtungsänderung der Gefühle, nicht ein Mysterwerden oder Schwinden der Affektivität feststellte. Auch eine allgemeine Beziehungslosigkeit darf nicht angenommen werden. Ebenso wenig kann man allgemein von Hemmungen sprechen, es besteht hier vielmehr häufig der Eindruck einer Enthemmung. Hierbei berührt sich *Mayer-Gross* mit *Schilder, Angyal* und anderen, besonders mit der von *Küppers* vertretenen Auffassung des narkotischen Rausches als Steigerung der Vitalität oder des Lebensgefühles mit Herabsetzung der Reizansprechbarkeit.

Alle diese Gesichtspunkte bestätigen sich in weitestem Maße in den Erfahrungen des autogenen Trainings, wie sie ja auch vielfach bei hypnotischen und kataleptischen Studien bemerkt wurden. Neben diesen „Einschlafphänomenen“ sind psycho-pathologisch interessant die Beobachtungen über deutliches Auftreten von charakteristischen Phantomgliedern. Die Erfahrungen des autogenen Trainings lehren, daß diese zuerst bei peripheren und zentralen organischen Störungen festgestellten interessanten psychischen Gebilde, auch im autogenen Training sehr deutlich in Erscheinung treten können. *C. Schneider* ist daher im Irrtum, wenn er in seiner schönen Studie über Sinnentzug annimmt, es sei eine organische Störung nötig, die das Normalerlebnis eines Körperteiles verändere oder verdecke, um ein Phantomgefühl zu ermöglichen. Im autogenen Training sehen wir als Zeichen eines veränderten Erregungsbildes im Sinne der Konzeption *v. Weizsäckers* die gemeinte Erscheinung als Auswirkung allgemeinen Funktionswandels hervortreten.

Diese kurzen Bemerkungen sollen nur andeuten, in welcher Richtung und in welchen Grenzen sich die Umschaltungserscheinungen bewegen,

die wir durch das autogene Training in Gang setzen und auf dem Wege systematischer Übung unseren Versuchspersonen zur Verfügung stellen. Die allgemeinen psychischen Auswirkungen des Trainings habe ich oft genug auch an dieser Stelle ausgeführt. Erst jetzt konnte ich feststellen, daß ein von mir vielfach hervorgehobener Gesichtspunkt, die „affektive Resonanzdämpfung“, unabhängig von mir auch von *Jacobson* in seiner Monographie über progressive Relaxation erkannt worden ist. Allerdings gilt die Arbeit von *Jacobson* ausgesprochen physiologisch-experimentell-psychologisch lediglich der Muskulatur und wird von *Jacobson* in prinzipiellen Gegensatz zu jeder Art von „Suggestion“ gesetzt, sie ist in ausgesprochenem Maße eine aus Muskelbeherrschung erwachsende allgemeine Entspannungstechnik, nicht eine konzentrativ, auf Selbstumschaltung und Darstellung von Versenkungszuständen angesetzte Technik.

Betrachten wir das autogene Training allgemein im Rahmen des Oberthemas, so erscheint, schematisch gesehen, „der Körper“ als Werkzeug einer Selbstumschaltung. Man würde besser sagen: wie bei jeder systematischen Funktionserlernung muß auch die Umschaltungserlernung des autogenen Trainings mit einfachsten Ansätzen beginnend zu immer organisch wachsender Vervollkommenung ausgestaltet werden. Nicht „der Körper“ wird zum Werkzeug „der Seele“, sondern der lebende Mensch gewinnt Möglichkeit einer Erfassung und eines Ansatzes für gestaltende übende Auswirkung mit sicherer Aussicht auf Erfolg, immer nur am einfachsten Funktionsmodell. Daher der Beginn unserer Technik mit der so unscheinbaren und doch theoretisch so ungeheuer schwer erschöpfend zu behandelnden örtlichen Gliedumschaltung.

Versuchen wir, uns ein Bild des physiologischen Gesamtvorganges zu machen, der bei der konzentrativen Umschaltung des autogenen Trainings vor sich geht, so ist an erster Stelle die Hirnumschaltung zu nennen. Sie wird gelegentlich von Versuchspersonen anschaulich geschildert. So protokolliert ein 50jähriger Frauenarzt: „Etwa $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Min. nach Schließen der Augen steigt es wie etwas Schweres von der Mitte des Schädelinnern zur knöchernen Schädeldecke hinauf. Kurz darauf beginnt eine Schwere im rechten Unterarm und unmittelbar danach wird auch der linke Unterarm von der Hand aus schwer.“ Andere Versuchspersonen sprechen von Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Tendenz zum Fallen und dergleichen mehr. Besonders auffällig melden sich oft allgemeine Umweltentfremdungen oder Fremdheitserlebnisse der Versuchsextremität.

Erinnern wir uns an die interessanten Versuche von *Wiersma*, der bei totalem Radialis Ausfall auf zentralen Streckimpuls myelektrisch Antagonistenerschlaffung nachweisen und damit den Beweis führen konnte, daß die Synergistenkoppelung von *Sherrington* zentral gesteuert wird. So werden wir auch den Ansatz des Trainings als überwiegend

kortikalen, mindestens zentralen Vorgang anzusehen haben. Im weiteren Übungsverlaufe aber wird das Ineinanderwirken zentraler und peripherer Vorgänge völlig unentwirrbar; es gewinnt nicht nur durch die anschließenden scheinbar isolierten Übungsvorgänge das Zentralnervensystem „Gelegenheitsapparate“ (*Bleuler*), in denen zentrale Funktionen das Verhalten des Organismus regulieren, sondern umgekehrt gestaltet auch „periphere“ Aktion als Anteil lebendigen Gesamtvollzuges das Zentralnervensystem, so daß eben nun in ihm die angedeuteten Apparaturen entwickelt werden. Hierbei werden zentrifugale Fasern afferenter Systeme (*Morakow*, *O. Förster*, *Biernond*) von Bedeutung sein. Auch die Frage sympathischer Skelettmuskeln ist hier von Belang.

Über diese neurodynamische Einheitlichkeit hinaus sind aber nun die durch das Training gesetzten Entspannungsvorgänge des Organismus nicht ohne Rückwirkung auf die Situation und das Verhalten des Zentralnervensystems. Durchaus analog der entspannend einschläfernden Wirkung des warmen Bades, durch das wohl Müdigkeitsempfindung, nicht aber Ermüdung gesetzt werden (*Busch* und *Plaut*), bedingt der Spannungsnachlaß im Organismus ein Absinken der Außenaktivität. Diese Zusammenhänge erlauben uns eine nähere Vorstellung von der Physiologie der Versenkung.

Hinsichtlich der klinischen Anwendung möchte ich besonders auf die ausführliche Mitteilung des von mir ausgebildeten Kollegen, Nervenarzt Dr. *Bodek*, hinweisen. Er bearbeitete 100 Fälle von negativer Neurose internklinisch durch Prüfung des vegetativen Nervensystems und allgemein. Hiernach ergaben sich drei Gruppen von Patienten:

1. rein vegetative Neurosen ohne organischen Befund,
2. vegetative Neurosen bei organischer Erkrankung,
3. organische Erkrankungen mit Symptomen, die sich nicht mit Sicherheit auf das Vorhandensein einer vegetativen Neurose beziehen ließen.

Symptomatisch fanden sich Bilder aller Art, Angina pectoris, Enuresis, Hypertonie, Magen-, Klimax-, Menstrual-, Haut- und Sexualneurosen. *Bodek* konnte feststellen, daß für alle Fälle dieser Art das autogene Training Therapie der Wahl ist; es zeigt sich „ganz allgemein, daß rein vegetative Neurosen meist erstaunlich schnell und dauerhaft zu beeinflussen sind, wenn die Intelligenz der Patienten dem Gang der Behandlung zu folgen versteht, wenn ferner die Beschwerden nicht so überstark sind, daß sie eine besonders eilige Hilfe verlangen“. Bei schweren Krisen war zunächst medikamentöse oder physikalische Therapie unentbehrlich. *Bodek* weist mit Recht darauf hin, daß gerade das Wesen der Methode als eines rationellen Übungsverfahrens Sicherheit und Unabhängigkeit der Patienten gewährleistet, wenn sie die Übungsarbeit gewissenhaft durchführen.

An einem Material von über 1000 Normalpersonen und klinischen Fällen der allerverschiedensten Art kann ich den Erfahrungen von *Bodek* durchaus beipflichten.

Näherer theoretischer Unterlegung wegen, sowie für alle Einzelheiten der unerläßlich wichtigen genauen Technik mit ihren sehr vielfachen kleinen Schwierigkeiten, verweise ich auf meine demnächst erscheinende klinische Monographie. (Autoreferat.)

F. Wengraf (Wien): Behandlung organoneurotischer Beschwerden des weiblichen Genitales.

Vortragender geht von den von ihm beobachteten Schicksalen der an Periodenstörungen leidenden Frauen aus, bei denen er wiederholt das Auftreten von Gebärmuttermyomen verfolgte. Er meint, daß Einzelbeobachtungen neue Gesichtspunkte für die Erkenntnis der Krankheitsursachen und für Behandlung dieser Krankheit erbringen müssen. Ebenso wie die Periodenstörung müsse auch das Myom psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zugänglich sein.

An Hand von vier psychoanalytisch behandelten Fällen beweist Vortragender seine Ansicht. Ein Fall stellt die Beseitigung einer seelisch bedingten Blutung dar, bei einer Frau, der gegen dieses Leiden Röntgenbestrahlung empfohlen worden war. Zwei Fälle zeigen die Psychologie der Myomkranken: Bei dem einen Fall wurde nach Beseitigung der nervösen Hemmungen und zwanghaften Symptome Schwinden des Myoms konstatiert. Beim anderen Fall, der einer exakten psychoanalytischen Behandlung abgeneigt war, blieb das Myom nach längerer Beobachtung unverändert, es war im Wachstum gehemmt. Bei einer an Eierstockcyste leidenden Frau schwand die Veränderung des Ovars, nachdem ihr der Wunsch nach Schwangerschaft bewußt gemacht wurde. (Autoreferat.)

Hans v. Hattingberg (München): Das Atemkorsett.

Für den Symptomenkomplex für das Atemkorsett ist vor allem charakteristisch eine krampfhaft Verspannung der Zwischenrippenmuskeln und der oberen Bauchmuskeln, welche das untere Drittel des Brustkorbes in der Art eines Korsetts (oder eines Ringes) einschnürt. Durch die Verspannung wird der Korsetttrug aus dem natürlichen Funktionsspiel der Atmung herausgelöst. Der „Korsettatmung“ fehlt das befreiende Lösungsgefühl des normalen ungehemmten Atemzuges, weil die Ausatmung auf das Hindernis der Verspannung stößt und deshalb nie zu Ende geführt wird. Die willkürliche Einatmung setzt zu früh an und so entsteht ein hastiger, oft fast asthmatisch-kurzatmiger Rhythmus. Mit dieser Rhythmusstörung und der Haltungsstörung verbunden ist eine Funktionsbehinderung des Zwerchfells, die besonders häufig etwa im Zustande willkürlich angespannter Aufmerksamkeit

eintritt. Der Dauerzustand der Enge oder des Bedrücktseins steigert sich oft in Anfällen zu einem qualvollen krampfhaften Ringen um den Atem mit ausgesprochenem Erstickungsgefühl. Sehr oft ist jedoch das Krankheitsbild beherrscht entweder durch Herzbeschwerden, durch Störungen der Magen- und Darmfunktionen oder endlich durch Angstzustände. Aus diesem Grunde gibt die Störung außerordentlich häufig Anlaß zu Fehldiagnosen. Die Therapie besteht in einer spezifischen Art von Massage verbunden mit Gymnastik, Atem- und Entspannungsübungen. (Autoreferat.)

III. Weitere Vorträge.

W. Unger (Hohenpreißenberg): **Psychotherapeutische Heilstättenkuren für Sozialversicherte.**

Daß Psychotherapie in der neueren Form eine wirksame Bereicherung unseres Schatzes an Heilmethoden bedeutet, braucht in diesem Kreise nicht des näheren dargelegt, ja es braucht nicht einmal behauptet zu werden. Wohl aber ist es nötig, immer wieder darauf hinzuweisen, daß dieser Segen der seelischen Krankenbehandlung nur einem ganz geringen Bruchteil derer zugute kommt, die ihrer bedürfen. Wie die Dinge heute liegen, kann man wirklich ausreichende Psychotherapie nur einem Teil der schmalen Randschicht unseres Volkes angedeihen lassen, die den Rest unserer Privatpraxis bildet.

I.

Das ist um so betrüblicher, als die wirtschaftlichen Gründe, die man gegen eine Ausdehnung psychotherapeutischer Behandlung auf den Kreis der Sozialversicherten ins Feld zu führen pflegt, nicht sehr stichhaltig sind. Wer weiß, welch große Bedeutung das seelische Moment bei der Entstehung von Krankheiten hat und bei ihrer Behandlung haben kann, dem wird es nicht zweifelhaft sein, daß von den vorhandenen und von den Trägern der Sozialversicherung verausgabten Mitteln ein nicht geringer Teil in Scheinbehandlungen körperlicher Art angelegt wird, die in vielen Fällen nutzlos vertan werden oder weniger Erfolg haben als einer rechtzeitig und in zweckmäßiger Form eingesetzten Psychotherapie beschieden wäre. Hinzu kommt, daß es eine nicht kleine Zahl von Fällen gibt, in denen Krankengelder und Renten gespart werden könnten, wenn man sich zu einer rechtzeitigen Anwendung geeigneter Psychotherapie entschließen könnte. Für die Ausbreitung der Psychotherapie sprechen aber außer diesen sozialen und wirtschaftlichen Gründen noch solche wissenschaftlicher und wissenschaftstheoretischer Art. Zu den Problemen, die in der gegenwärtigen Krise der Medizin einer neuen Betrachtung entgegenreifen, gehört sicherlich nicht zuletzt die Bestimmung jeder Krankheit durch die soziale Situation, in der ihr Träger lebt. Die Beziehungen des einzelnen zur Gemeinschaft und die Struktur der

Gesellschaft in der er lebt ist sicher viel wichtiger nicht nur für das äußere Bild, sondern auch für das Erleben der Krankheit als man bisher weiß. Gelingt es, auch die großen Massen der Sozialversicherten psychotherapeutisch zu erfassen, so werden uns daraus sicher neue Einsichten in die genannten sehr wichtigen Entstehungs- und Behandlungsbedingungen der Krankheiten erwachsen.

Aus allen diesen Gründen schien es dringend geboten, einmal einen systematischen Versuch der psychotherapeutischen Behandlung Sozialversicherter ins Werk zu setzen. Dank dem verständnisvollen Entgegenkommen der Landesversicherungsanstalt Sachsen ist dies mit der Begründung der Heilstätte Hohenpreißenberg in einem bescheidenen Umfang gelungen. Nach der mit der genannten Versicherungsanstalt getroffenen Vereinbarung werden zunächst fünf Jahre lang Geeigneten unter ihren Versicherten in derselben Weise psychotherapeutische Heilstättenkuren gewährt, wie dies mutatis mutandis bei Tuberkulösen geschieht.

Ort der Heilstätte ist ein primitives Bauernhaus in besonders schöner Lage am Südhang des wegen seiner Alpenaussicht berühmten Hohen Preißenbergs in Oberbayern. Aller großstädtische Krankenhauskomfort ist mit Absicht vermieden, an seine Stelle tritt bewußt betont der bodenständige Charakter der oberbayerischen Ländlichkeit. Es können gleichzeitig 17 Kranke behandelt werden, zunächst aus äußeren Gründen nur Männer. Die durchschnittliche Kurdauer beträgt acht Wochen, doch können geeignete Fälle auch bis zu drei bis vier Monaten behandelt werden. Bisher sind 175 solcher Kuren abgeschlossen.

II.

Die Methode der Kuren ist nicht die einer einzelnen Schule, sondern diejenige einer weitgreifenden Psychagogik. Wir suchen aber die Grundanschauungen und die Technik, welche von den verschiedenen Schulen dargeboten werden, unseren Kranken sorgfältig und kritisch nutzbar zu machen. So halten wir uns stets die psychoanalytischen Gesichtspunkte gegenwärtig und behandeln geeignete Fälle mit ihrer Methode. Im Gegensatz zu einer immer noch verbreiteten Meinung ist es keineswegs so, daß die „weniger gebildeten“ Schichten sich für diese Methode durchweg nicht eignen. Wir haben in einzelnen Fällen sehr gutes Verständnis für analytische Gedankengänge gefunden und glauben einige unserer Erfolge gerade dieser Methode zu verdanken. Daß eine individualpsychologische Seh- und Behandlungsweise in den tieferen sozialen Schichten ein reiches Betätigungsfeld findet, ist selbstverständlich. Auch die kathartische Methode hat sich uns vielfach bewährt, ebenso nicht selten die Persuasion. Deren Wirkung ist jedoch deutlich abhängig von dem jeweils erreichten Übertragungsgrad. Psychophysische Entspannungsbehandlung, Hypnose und Suggestion werden gleichfalls

angewandt. Und endlich legen wir uns keinerlei Schranken auf in der Heranziehung aller guten körperlichen Methoden, da wir körperliche Behandlung (und ebenso Untersuchung) grundsätzlich der seelischen gleichstellen.

Großen Wert legen wir auf die Gestaltung des seelischen Gesamtmilieus. Wir führen weniger mit strenger Haus- und Kurordnung als mit dem Gemeinschaftsgeist, welchen wir dem Hause und seiner Tätigkeit zu geben versuchen. In der Wirksamkeit dieses familiären Elements und daneben der der ländlichen Umwelt mit ihrer behaglichen Breite und ihrem wurzelhaft echten Volkstum, in das die mehr oder weniger entwurzelten Industriearbeiter und sonstigen Großstädter hier versetzt werden, sehen wir eine ganz wesentliche Unterstützung der psychotherapeutischen Einzelmethode.

III.

Die klinischen Ergebnisse unserer Kuren können im Rahmen eines kurzen Vortrages auch nicht annähernd genau dargestellt werden. Um wenigstens eine skizzenhafte Andeutung von der Art der Heilstättenarbeit zu geben, wollen wir im folgenden einige Beispiele ziemlich willkürlich herausgreifen.

In einigen Fällen fanden wir, daß nervöse Beschwerden verschiedener Art auf Störungen des Autoritätserlebens zurückgingen, die wir in psychoanalytischer Weise als mangelhafte Verarbeitung des Oedipuskomplexes erklären konnten. Meist war dann die Autorität zum erstenmal an einem überstrengen oder moralisch minderwertigen Vater erlebt worden, und die Übertragung des Vaterhasses auf den Arzt, der dann als Vater-Imago auftrat, machte Schwierigkeiten. Diese konnten zum Teil dadurch überwunden werden, daß der zweite Arzt im kritischen Augenblick negativer Übertragung einsprang. Es scheint uns grundsätzlich interessant zu sein, daß ein solches „Übertragungsspendeln“ möglich ist, unter der Voraussetzung allerdings, daß der zweite Arzt mit dem ersten im gesamten Heilplan aufs genaueste zusammenarbeitet.

In einer großen Zahl von Fällen erwies sich als das beherrschende Moment neurotischer Störungen eine frühe und zentrale Entmutigung der Kranken im Sinne der individualpsychologischen Anschauungsweise. Disharmonische Ehen und pädagogisches Ungeschick der Eltern, materielle Armut und durch sie abgeschnittene Bildungspläne sind die häufigsten Ursachen dieser Entmutigung. Sie kann in der bekannten Weise neurotisch kompensiert und überkompensiert werden, kann aber auch in einer gleichsam schadenlosen Ängstlichkeit zutage treten. Die Ermutigung, die in solchen Fällen das erste therapeutische Erfordernis ist, gaben wir nicht nur dialektisch, sondern wir versuchten die Kranken

die Ermutigung auch erleben zu lassen. Im Rahmen einer als Gemeinschaft geführten Heilstätte ist es möglich, den Neurotiker einerseits zur Anerkennung der Gemeinschaftsbedürfnisse zu bringen, andererseits aber durch direkte und indirekte Anerkennung seine Geltung und seinen Wert erleben zu lassen. Das kann dann in günstigen Fällen zu einem wirklich richtungsändernden Erlebnis werden.

Andere Kranke enthüllten sich bei Anwendung der kathartischen Methode als Kriegsneurotiker auch dann, wenn andere, näher liegende Gemütsbewegungen als Ursache für die Neurose angeschuldigt wurden, und auch wenn zwischen dem 11 bis 12 Jahre zurückliegenden Kriegserleben und der neuerlich aufgetretenen Neurose scheinbar kein Zusammenhang durch Brückensymptome gegeben war. Was man in kathartischen Hypnosen bei derartigen Kranken sieht, kann fast die Beweiskraft eines Experiments beanspruchen — so klar und mit solch ungeheuren Affektausbrüchen werden lange zurückliegende Erlebnisse wieder herausgebracht. Neben der starken Affektbesetzung der Erlebnisse scheinen nach unseren Erfahrungen konstitutionelle Empfindsamkeit und Neigung zu Bewußtseinsdissoziationen Vorbedingungen solcher zähen Abkapselung von Kriegserlebnissen zu sein. Wichtig ist, daß solche neurotischen Störungen zwar in eine weitergreifende Gesamtneurose eingebaut sein, offenbar aber auch ohne jede nachweisbare neurotische Tendenz vorkommen können.

Endlich sei kurz noch eine weitere Gruppe von Kranken besonders darum erwähnt, weil es scheint, daß hier therapeutische Möglichkeiten ungenutzt gelassen werden, wenn man die Zugehörigkeit dieser Patienten zum schizothymen Formenkreis *Kretschmers* und ihre introvertierte Haltung im Sinne von *Jung* nicht beachtet. Für diese schizoiden Psychopathen oder schizoiden Neurotiker eignet sich vielfach eine Behandlung, die wir extravertierende Psychotherapie nennen. Sie besteht darin, daß wir die Keime extravertierten Verhaltens, die völlig bei keinem Menschen fehlen, systematisch zu entwickeln versuchen. Wir pflegen alles, was den Kranken der Außenwelt zuwendet (z. B. Freude an der Natur oder technische Interessen) und unterbinden umgekehrt dasjenige, was ihn veranlaßt, sich einzuspinnen, sich abzukapseln, den Kontakt mit der Welt zu lockern (z. B. philosophische Lektüre, An- und Ausspinnen sozialer Beglückungslehren usw.). Wir belasten in vorsichtig tastender Dosierung den Patienten mit sozialen Funktionen bescheidenster und allmählich etwas anspruchsvollerer Art, wie es in einer familiär geführten Gemeinschaft möglich ist. Wir sehen dann nicht selten eine Art sozialen Erwachens, ein wenn auch zögerndes Betreten der Brücke zur Außenwelt und glauben, daß man, soweit es sich nicht um ausgesprochene Schizophrene handelt, hierdurch wesentlich nützen kann. Sehr merkwürdig ist, daß diese extravertierende Psychotherapie sich zuweilen gut kombinieren läßt mit dem analytischen

Zeichnenlassen nach *Jung*, das ja genau den entgegengesetzten Weg verfolgt: die Versenkung in die rational überkrusteten schöpferischen Tiefenbezirke der Seele, die nach *Jungs* Vorstellung zum Teil vom kollektiven Unbewußten gespeist werden. Wir besitzen überzeugende bildnerische Belege von Kranken, die diese Auffassung illustrieren. Ausdrücklich sei indessen betont, daß diese Methode in den hier gemeinten Fällen nicht immer günstig wirkt und sich nicht immer mit der Extravertierung kombinieren läßt.

IV.

Auch allgemeine sozialpsychologische Ergebnisse beginnen sich bei unserer Arbeit wenigstens in groben Umrissen schon abzuzeichnen. Es zeigt sich, daß die uns allen als selbstverständlich geläufige Grundvorstellung: an der Krankheit sei ein für allemal das Wichtigste der individuelle Leidenszustand und Gesundheit sei unter allen Umständen erstrebenswert, doch nur aus der Perspektive einer bestimmten sozialen, wirtschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Situation heraus zu halten ist. Diese Grundvorstellung ist — was ja eigentlich selbstverständlich sein sollte — ebensowenig absolut gültig wie die vielen anderen Fundamente, auf welchen die Geschlechter vor uns medizinisches Wissen und ärztliches Wirken aufgebaut haben.

Der Sozialversicherte unserer Zeit ist ein wirtschaftlich und sozial sehr eng gefesselter Mensch. Seine Freiheiten stehen meist nur auf dem Papier, er fühlt sich im wesentlichen als der Spielball wirtschaftlicher Gewalten. So gewinnen für ihn diejenigen Lebenswerte besondere Bedeutung, die er unter allen, auch ungünstigen äußeren Umständen geltend machen kann: die des sozialen Rechts. Während der wirtschaftliche Wert der Gesundheit in Zeiten krisenhafter Arbeitslosigkeit naturgemäß sinken muß, tritt gleichzeitig der Wert der Krankheit als eines Rechtsgrundes und einer Quelle wirtschaftlicher Hilfe immer stärker hervor. So gewinnt der durch *v. Weizsäcker* gezeichnete Krankheitstypus der „Rechtsneurose“ seine Bedeutung weit über das Gebiet der traumatischen Neurose hinaus.

Es wäre aber falsch, die Bedeutung dieses wichtigen sozialen Moments für die Neurose der Sozialversicherten einfach zu verallgemeinern. Trägt uns der Eindruck unserer bisherigen Erfahrungen nicht, so spielt der angedeutete sozialpsychologische Faktor eine um so geringere Rolle, je introvertierter der Patient ist. So daß etwa Zwangs- und Angstneurotiker, schizoide Psychopathen oder Neurotiker unter den Sozialversicherten sich in nichts Wesentlichem vor gleichartigen Kranken der Privatpraxis zu unterscheiden brauchen, während Unfallneurotiker, Lebensflüchtlinge und Entmutigte mit Insuffizienzgefühlen oder hysterischen Protesten mit Tendenzen je nach der sozialen Schicht der sie angehören, ein ganz verschiedenes Bild bieten.

V.

Als Gesamtergebnis des hier skizzierten Versuches sozialer klinischer Psychotherapie buchen wir die Einsicht: Psychotherapeutische Heilstättenkuren für Sozialversicherte stoßen auf große Schwierigkeiten, aber sie sind durchaus lohnend.

Die Schwierigkeiten entspringen zum Teil der angedeuteten sozial-psychologischen Situation, zum Teil der heute noch so unvollkommenen Form der Sozialversicherung. Z. B. sahen wir verständlicherweise schlechtere Ergebnisse, wenn Kuren im Vergleichsverfahren gegen Zurückziehung eines Rentenantrages gewährt wurden oder mit dem Ziel, eine schon berentete Invalidität aufzuheben, als wenn sie als vorbeugende Maßnahme eingeleitet wurden. Die Hauptschwierigkeit aber lag in dem materiell und moralisch so unheilvollen Einfluß der gegenwärtigen Arbeitslosigkeit. Immer wieder sahen wir Kranke, die auf psychotherapeutische Behandlung leidlich gut ansprachen, erneut nach der neurotischen Sicherung greifen, wenn diese ihnen zur materiellen oder moralischen Stütze im Elend der Erwerbslosigkeit werden konnte. Aber selbst unter diesen äußerst schwierigen Umständen sehen wir zuweilen Erfolge, und unter den wirtschaftlich besser Gesicherten sind sie nicht selten. Der Erfolg ist — soweit das nach kurzer Zeit schon festzustellen ist — keineswegs immer ein oberflächlicher; „ich bin ein anderer Mensch geworden“ ist mehrfach das spontane Endurteil unserer Patienten gewesen. Erwägt man schließlich noch, daß nach unseren bisherigen Erfahrungen die wirtschaftliche Grundlage für solche psychotherapeutischen Heilstättenkuren gefunden werden kann, so glauben wir unsere Erfahrungen dahin zusammenfassen zu dürfen: jede Neurose soll so früh wie möglich psychotherapeutisch behandelt werden; und zwar, wenn das äußere Milieu ungünstig ist, mit den Mitteln klinischer Psychotherapie in geeigneten Anstalten. Es ist dringend zu wünschen, daß möglichst bald alle reichsgesetzlichen Versicherungsträger solche psychotherapeutischen Heilstättenkuren unter ihre Leistungen aufnehmen. (Autoreferat.)

Speer (Lindau-Bodensee): **Psychotherapie an Manisch-Depressiven.**

Ein Material von 178 Fällen depressiv Erkrankter, das in den letzten 10 Jahren unter den gleichen äußeren Umständen und von gleichen Therapeuten klinisch beobachtet und behandelt worden war, wird bezüglich des psychotherapeutisch Erreichten und Erreichbaren überprüft. Bei sorgfältiger Untersuchung können von der Gesamtzahl 148 sicher reaktive Depressionen abgetrennt werden, die reine Erlebnisreaktionen und ohne Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis waren. 9 Kranke waren sicher manisch-depressiv, bei 19 Kranken machten Diagnose und Psychotherapie erhebliche Schwierigkeiten. Auf die an sich zu schematische Fragestellung, ob „reaktiv“, ob „endogen“,

kann bei aller Anerkennung der Notwendigkeit einer universellen Betrachtung (*J. H. Schultz*) des heuristischen Wertes wegen nicht verzichtet werden. Unter Bezugnahme auf die diesbezügliche Arbeit von *Johannes Lange* (1926) wird auf die Wichtigkeit einer einheitlichen Beurteilung von Lebensgeschichte, Verlauf, Körperbautypus und besonders auf die Wichtigkeit der Familienvorgeschichte verwiesen, des weiteren aber ein Verlaufstypus herausgeschält, der trotz scheinbar überzeugender manisch-depressiver Zustandsbilder besonders mit Rücksicht auf die Psychologie und die negative Familienvorgeschichte als einfache Reaktionsform angesprochen wird, etwa im Sinne von *Rüdins* erblich bedingter symptomatischer Reaktion. Für diese Auffassung spricht in solchen Fällen auch der Erfolg der Psychotherapie. Bei echten Manisch-Depressiven hat Psychotherapie nahezu keinen Erfolg, bei echter Zykllothymie nur selten. Die Verschiedenheit der Erfolgsberichte ist bedingt durch die verschiedene diagnostische Auffassung der Fälle. (Autoreferat.)

Karl W. Gerster (Gießen): Mimische Studien an Hypnotisierten mit selbstaufgenommenem Film und Lichtbildern.

Vergleichende Beobachtungen an Hypnotisierten haben mir gezeigt, daß an Patienten, bei denen Tiefschlaf zu erzielen war, in den Sekunden des Übergangs vom oberflächlichen zum tieferen Schlaf eine Gespanntheit des Gesichtsausdruckes zu beobachten war, die der *Facies hippocratica* Sterbender zum Verwechseln ähnlich sieht. Nach Eintritt des eigentlichen Tiefschlafs kommt es zu dem ruhigen, spannungslosen Gesichtsausdruck des natürlichen Schlafes. Umgekehrt tritt bei der Desuggestion der Ausdruck der *Facies hippocratica* als Durchgangsstadium wieder in Erscheinung. Dieses Phänomen ließ sich bei Filmaufnahmen und daraus entnommenen Diapositiven von geeigneten Patienten deutlich schrittweise verfolgen. Die Patienten bedurften natürlich entsprechender Dressur, bis die Aufnahme in dem sonst störenden grellen Licht und in Abwesenheit des Filmoperators einwandfrei gelingen konnte. Ich nehme an, daß diese mimischen Spannungsphänomene einen Ausdruck der Entpersönlichung bedeuten, die ja schließlich beim Übergang in den Tiefschlaf bis zu einem gewissen Grade eintreten muß. Wie weit hier Analogien zu der Auflösung der Persönlichkeit beim Eintreten der echten *Facies hippocratica* Sterbender aufgestellt werden dürfen, wage ich nicht zu entscheiden.

Ein 21jähriges Mädchen litt an einer psychogenen Kontraktur des rechten Unterarms und des rechten *Tibialis anterior*. Die Hand machte dabei durch ödematöse Entstellung bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer organischen Schädigung. Die Symptome schwanden in der ersten Hypnosesitzung. Bei der späteren suggestiven Wiederherstellung der Kontraktur trat ein bis zwei Minuten nach entsprechender

Suggestion das Ödem der Hand wieder ein, um wenige Minuten nach entsprechender Desuggestion wieder zu verschwinden. Auch dieser Hergang wurde im Film und Einzelbild einwandfrei festgehalten. Eine solche Beobachtung dürfte die Meinung jener Autoren stützen, daß es sich z. B. bei den Erscheinungen des *Quinckeschen* Ödems um vorwiegend psychogene Mechanismen handelt. (Autoreferat.)

Liebeck-Kirschner (Berlin): Anregung zur Auswertung von Kinderzeichnungen.

An Hand zweier Gruppen von Kinderzeichnungen wird die Bedeutung dieser Darstellungsweise zu tiefen psychologischen Erkenntniszwecken erläutert. Es wird vorgeschlagen, auf der Basis einer großen Materialsammlung die Zeichnungen zu benutzen, um aus ihnen Querschnittsbilder für die verschiedenen Entwicklungs- und Altersstufen zu erhalten. Notwendig ist, daß die Leiter dieses Versuches, der sich über Jahre erstrecken müßte, analytisch geschulte Pädagogen sind, die die ihnen anvertrauten Zöglinge gut kennen. Es wird noch kurz auf die Vorteile dieser Methode hingewiesen, die in der relativ leichten Beschaffungsmöglichkeit und Übersichtlichkeit des Materials liegen. (Autoreferat.)

P. Gartner (Budapest): Die Tiefenpsychologie der Suggestivbehandlungsmethoden und die inhaltliche Revision des Suggestionbegriffes.

Der Vortragende untersucht die begriffliche Bedeutung der Suggestion mit Hilfe der analytischen Deutung der Suggestivbehandlungsmethoden. Er hat mit Suggestivheilmethoden erfolgreich behandelt, später aber wieder erkrankte Fälle in analytischer Behandlung gehabt und stellt fest, daß jeder mit Suggestivbehandlungsmethode behandelte Fall analytisch und individuell zu beurteilen ist, um den psychologischen Weg des Heilmechanismus verstehen zu können. Weiterhin wird alles, was dem Kranken durch den Arzt geboten wird, individuell und seelisch verarbeitet, die Heilmethode wird durch den Kranken tiefenpsychologisch umgewertet und der Kranke gelangt in eine spezielle Gefühlsbeziehung mit dem Heilenden. Bei jeder suggestionstherapeutischen Behandlung geschieht auch so etwas, das nicht im Programm des Arztes steht: die Korrespondenz des Unbewußten. Die Parapathie ist nach seiner Ansicht die Gleichgewichtsstörung des erlaubenden und verbotenden Überich und jede Psychotherapie mengt sich mit oder ohne Absicht in die Elemente der Überichstruktur ein und bringt die in ihnen enthaltenen Affekte und Vorstellungen zu Wort.

Die Wirksamkeit der Suggestion wird immer durch den inhaltlichen Bau der Überichkonstruktion des die Suggestion annehmenden Individuums determiniert. Der Vorgang, wodurch der Suggestor die Annahme der Suggestion erzwingt, stellt nicht die Einführung von ichfremden

Elementen dar, sondern durch ihn werden die eigensten seelischen Eigenheiten des Suggestierten, bzw. die Resonanz derselben auf die affektiv und inhaltlich gleichen Vorstellungen des Suggestors zur Manifestation gebracht. (Autoreferat.)

Franz Pollak (Prag): Die therapeutischen Folgerungen aus der Stellung des vegetativen Systems im psycho-cerebralen Apparat.

Sieht man von den älteren Arbeiten *Antons* und *Bonhoeffers* über den Sitz der choreatischen Bewegungen, *Wilsons* Abhandlung über die lentikuläre Degeneration ab, dann sind es vor allem die an die Encephalitisforschung sich anknüpfenden Erkenntnisse, welche einerseits der Hirnrinde die autonome Stellung absprechen, andererseits neben dem Hirnstamm eine überragende Bedeutung dem vegetativen System für das psychische Leben zuweisen. Als vegetatives System wird nach *F. Kraus* und *Zondek* der komplex gebaute Apparat des vegetativen Nervensystems, der Blutdrüsen, des Ionenmilieus, des peripheren Endstückes einschließlich der Zellmembranen verstanden.

Das vegetative Nervensystem oder die Lebensnerven haben für die Aufrechterhaltung des energetischen Gleichgewichtes im Binnenraum des Organismus aufzukommen. Neben Nahrungsaufnahme und Abgabe dient diesem Zweck der Schlaf, der eine typisch vegetative Leistung darstellt. Wie der Schlaf außer der geläufigen, cerebralen Beeinflussung noch der Abhängigkeit der Lebensnerven unterliegt, soll im nachfolgenden anschließend an die Arbeiten von *Hess* und eigene Beobachtungen besprochen werden.

Für die Auslösung des Schlafes ist die Verursachung im Funktionsbereich der Zellen zu suchen, und zwar in einer normalerweise sich täglich von selbst einstellenden Erregbarkeitsverschiebung zwischen sympathischer und parasympathischer Gleichgewichtslage, so daß der letztere die Führung übernimmt und animal innervierte Organe einschließlich des Kortex in seinen Dienst stellt. Dieser bei zunehmender Schläfrigkeit sich langsam abspielende Vorgang wird als Interferenzmechanismus vorgestellt.

Einige Beobachtungen sprechen für eine eindeutige Bestimmung der Schlafwachperiodik vom Inkretsystem. Gewisse genuine Schlaflosigkeiten, regelmäßig zu Frühjahrsbeginn wiederkehrend und sonst therapeutisch unbeeinflussbar, legen die Annahme einer Beziehung zwischen Schlaf und der jahreszeitmäßig veränderten Blutdrüsentätigkeit nahe.

Im selben Sinn sprechen *Adlers* Untersuchungen über den Winterschlaf der Tiere, welcher letzterer durch regressiv-atrophische Veränderungen bestimmter Inkretdrüsen bedingt ist, weiter der von *Infeld* erbrachte Nachweis, daß gewisse Agrypniefälle, die auf eine Störung im Steuerungszentrum zurückgehen, durch Röntgenbestrahlung basaler

Hirnanteile gebessert werden, besonders wenn endokrine Störungen vorliegen.

Wichtige Beobachtungen für die Abhängigkeit psychischer Vorgänge von vegetativen Funktionen vermittelt die klinische Erfahrung. Es sei erinnert an die progressive Paralyse mit den großen Schwankungen des Körpergewichts, den trophoneurotischen Störungen an Haut und Knochen und schließlich an den vegetativen Verfall bei manchmal bis zu Heißhunger gesteigerter Nahrungsaufnahme. Schizophrene Psychosen mit hochgradiger Labilität des Blutdruckes, auffallender Hautblässe und Acrocyanose, Schwankungen der Körpertemperatur und erhöhter Talgdrüsensekretion verweisen in dieselbe Richtung. Die Klinik des manisch-depressiven Formenkreises mit vorübergehender Glykosurie, verändertem Menstruationszyklus und dem häufigen Zusammentreffen mit Schilddrüsenaffektionen spricht eine nicht minder deutliche Sprache.

Schließlich wäre noch der genuinen Epilepsie mit der oft vegetativ gefärbten Aura zu gedenken, Zusammenhänge, auf deren Bedeutung besonders *Frisch* hingewiesen hat. Auch die vegetative Neurose nach *Feer*, eine Erkrankung des Kleinkindesalters, bei der neben profusen Schweißen, Hypotonie, Zittern und Blutdruckerhöhung vor allem eine ängstlich weinerliche, ständig depressive Stimmung das Bild beherrschen, gehört in diese Gruppe körperlich-seelischer Zusammenhänge.

Was läßt sich aus diesen Untersuchungen für die Behandlung des Seelischen vom Körper her nutzbar machen? Eine organische Behandlung der Neurosen zu treiben, dafür liegen bisher nur Ansätze vor. *Dattner* hat über günstige Erfolge der Behandlung von Angstneurosen mit kleinen Jodgaben berichtet. *Klempner* glaubt dasselbe mit Verabreichung von Natrium thiosulfat zu erreichen. Ob dieser Weg neue therapeutische Ausblicke ergeben wird, darüber wird die Zukunft entscheiden. Vorerhand müssen wir bestrebt sein, entsprechend dem psychologischen Parallelismus, der uns allein die Ganzheitsbetrachtung des erkrankten Menschen verbürgt, das gesamte Rüstzeug der Somato- und Psychotherapie zur Behandlung der Neurosen heranzuziehen. Was einmal durch Verabreichung eines Medikamentes an Heilerfolg erzielt wird, wird ein andermal durch seelische Beeinflussung zu erreichen sein, wird ein drittes Mal nur durch Kombination beider Behandlungsmethoden erstrebt werden können. Allein der eingeschlagene Weg wird auf dem Gebiete der Neurosenbehandlung von sekundärer Bedeutung sein. Voran steht das Ziel der Therapie, nämlich den von seinem System gefangen gehaltenen Neurotiker loszulösen, und ihm die wirkliche Freiheit, das alleinige Kennzeichen des Gesunden, wiederzugeben. Ein Wunsch der Zukunft bleibt die Pharmakotherapie des vegetativen Nervensystems, wozu *Hess* in Untersuchungen über den Ergotamin- und Cocaineffekt einen Grundstein gelegt hat.

Was ich gestern in meinem Referat fragmentarisch zu geben versucht habe, bitte ich Sie als vorläufigen Entwurf zu einer somatologisch fundierten Psychopathologie zu betrachten. Es lag mir natürlich durchaus fern, etwa das Primat des Seelischen irgendwie schmälern zu wollen; ich wollte damit nur jenen Übertreibungen steuern, wie man sie in letzter Zeit mitunter zu hören bekommt. So habe ich erlebt, daß auf dem vorjährigen Kongreß in Stockholm *Hamburger* bei Besprechung der Psychopathologie des Kindesalters die Behauptung wagte, aus der Psychotherapie, im besonderen der Suggestivbehandlung, würde erst die Diagnose erschlossen werden. Wie hoch ich die Bedeutung des psychischen Faktors auch bei organischen Erkrankungen einschätze, mögen folgende zwei Fälle illustrieren:

Eine junge Patientin mit multipler Sklerose wird zur Klinik gebracht. Das jugendliche Alter der Patientin, der remittierende Verlauf und die spastische Paraparese beider Beine stützen die Diagnose. Der Augenhintergrundsbefund ist völlig normal. Im Zimmer angekommen, sagt die Kranke, auf die Malerei verweisend: „Die Streifen an der Wand stören mich entsetzlich, hier werde ich bestimmt noch blind.“ Wenige Tage später tritt eine beiderseitige Amaurose ein.

Noch näher rückt der zweite Fall beide Teilerscheinungen aneinander.

Eine 29jährige Bauernmagd erkrankt an einer typisch hysterischen Sensibilitätslähmung der rechten Körperhälfte. Auch der leiseste Verdacht einer beginnenden organischen Erkrankung kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Einige Wochen nachher wird die Kranke mit einer hemiplegischen Syringomyelie derselben Seite eingeliefert.

Beide Fälle beleuchten die wichtige Tatsache, daß ein psychisches Symptom mitunter als Vorposten für eine körperliche Affektion auftreten kann. Das psychische Zeichen leistet in diesem Falle dasselbe wie sonst ein Traum, in dem körperliches Geschehen prospektiv auf der Bildfläche erscheint. *Jung* hat Ihnen diesen Traummechanismus sehr instruktiv an dem Traumbeispiel der Kranken mit progressiver Muskelatrophie erläutert. Traum und psychisches Symptom können in gleicher Weise der endopsychischen Wahrnehmung körperlichen Geschehens dienen und vom innern, verborgenen Leben Kunde geben.

So betrachtet, ist die medizinische Erfassung des Leib-Seeleproblems Zentrum moderner Biologie, keineswegs aber Religion, wie vielleicht einige unter Ihnen zu glauben vermeinten. Die Fruchtbarkeit dieser Betrachtungsweise ist heute gegen jeden Zweifel und Angriff sicher gestellt. *Arnold Pick* hat die Resultate dieses heuristischen Prinzips in seiner Bündelarbeit „Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie“ eingehend gewürdigt und sie als Methode der Wahl bezeichnet.

Zusammenfassend möchte ich bemerken: In unseren Bestrebungen, dem Kranken zu helfen, werden wir nur dann weiter kommen, wenn wir den Einbau der Psychotherapie in die Allgemeinmedizin unternehmen. Mein Standpunkt ist: Jedem das Seine, aber bei Totalitätserfassung. (Autoreferat.)

In einer Mitgliederversammlung wurde Wien zum nächsten Kongreßort gewählt. Der nächste Kongreß wird in der ersten Hälfte des April 1932 stattfinden.
