

**SÁNDOR  
FERENCZI**

(1873–1933)

**Infantil-Angriffe !**

Über sexuelle Gewalt,  
Trauma und Dissoziation

[www.AUTONOMIE-UND-CHAOS.berlin](http://www.AUTONOMIE-UND-CHAOS.berlin)  
[www.dissoziation-und-trauma.de](http://www.dissoziation-und-trauma.de)

Quellen:

Porträtfoto Sándor Ferenczi: Székely Aladár, aus der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse IX, Heft 3 (Sonderheft Sándor Ferenczi, 1923)

Foto Gizella und Sándor Ferenczi, Elizabeth Severn: E. Berman: *'Sándor, Gizella, Elma: A biographical journey'* (IJP 85, 2004, Seite 489-520)

Gemälde Elizabeth Severn (1913), KünstlerIn offenbar unbekannt: Freud Museum London

Sigmund Freud und Sándor Ferenczi (1922): Ausschnitt aus einer Fotografie *'Freud and other psychoanalysts 1922'*; Quelle: Becker & Maass, Berlin - [Sigmund Freud Collection [http://www.loc.gov/rr/print/res/118\\_freud.html](http://www.loc.gov/rr/print/res/118_freud.html)], Library of Congress Prints and Photographs Division, Call number PR 13 CN 1978:209.39 [item] [P&P]

Der Ausdruck *"Infantilangriffe"* im Titel stammt von Ferenczi (Fragment vom 24. Juli 1932).

Ferenczis Arbeiten zum Traumathema wurden für diese Veröffentlichung erstmals zusammengestellt. Quellenangaben finden sich bei den einzelnen Texten. Fußnoten vom Herausgeber (MvL), sofern nicht anders angegeben.

Gesammelte Werke Sándor Ferenczis erscheinen in Neuauflagen im *Psychosozial-Verlag Gießen* <http://www.psychosozial-verlag.de/cms/>.

**Achtung: Diese Veröffentlichung enthält  
Situationsbeschreibungen,  
durch die Traumaüberlebende getriggert werden können!**

1. Auflage 2014

Zusammengestellt, eingeleitet und herausgegeben  
von Mondrian Graf v. Lüttichau  
für [www.dissoziation-und-trauma.de](http://www.dissoziation-und-trauma.de)

© 2014 für Zusammenstellung und Einführungen  
VERLAG AUTONOMIE UND CHAOS BERLIN

**ISBN 978-3-923211-36-4**

Diese online-Publikation kann für den Eigengebrauch  
kostenfrei heruntergeladen werden.





## **Inhalt**

Einführung	5
Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb	21
Relaxationsprinzip und Neokatharsis	28
Kinderanalysen mit Erwachsenen	47
Fragmente und Notizen ( <i>Auswahl</i> )	65
<i>Jeder Anpassung geht ein gehemmter Zersplitterungsversuch voraus</i>	66
<i>Aphoristisches zum Thema Totsein-Weibsein</i>	67
<i>Zur analytischen Konstruktion seelischer Mechanismen</i>	69
<i>Zum Thema Neokatharsis</i>	70
<i>Grundlegende traumatische Wirkung des Mutterhasses oder der Lieblosigkeit</i>	71
<i>Trauma und Heilbestreben</i>	72
<i>Geburt des Intellekts</i>	73
<i>Fluktuationen des Widerstandes</i>	75
<i>Die Vulnerabilität der traumatisch-progressiven Fähigkeiten     (auch der der Wunderkinder)</i>	77
<i>Exaggerated sex impulse und seine Folgen</i>	78
<i>Integraton und Splitting</i>	80
Das klinische Tagebuch ( <i>Exzerpte</i> )	81
Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind	119
Gedanken über das Trauma	133
Ferenczi-Konferenz Toronto 2015	150

## Einführung

Ich weiß daß in u durch Gott alles möglich ist also auch die Befragung des Schmerzes: allein wenn ich nach meinem jetzigen Gefühl urtheile, so ist, so gewiß als eine physische Zerrüttung im Gehirn Wahnsinn hervorbringt, so gewiß verursacht ein allgewaltiger Schmerz einen Riß im Herzen welcher, so wie jener eine fixe Idee, dieser einen ewig sich wiederholenden nagenden Schmerz erzeugt, der die Harmonie im Innern für dieses Leben zerstört. Man kann in der Welt der Ideen, Pflichten etc. fortleben, allein die des Gefühls ist gewaltsam zerrißen denn die Macht der Schwermuth ist der menschlichen Phantasie zu tief eingegraben.

**IDA v. LÜTTICHAU** (1822)<sup>1</sup>

Sonderbar, was die Eltern nicht verstehen, sind gerade Dinge, die den Kindern selbstverständlich sind; und was die Kinder nicht erfassen, ist für die Eltern klar wie der Tag. Ich will dieses Rätsel später erklären: Es enthält das Geheimnis der ganzen Verwirrung in den Beziehungen zwischen Eltern und Kind.

**SÁNDOR FERENCZI** (1928)<sup>2</sup>

Sie aber sollen die Trauminsel, auf der Sie mit Ihren Phantasiekindern hausen, verlassen und sich wieder in den Kampf der Männer mengen.

**SIGMUND FREUD** (1932)<sup>3</sup>

Tatsächliche Vergewaltigungen von Mädchen, die kaum dem Säuglingsalter entwachsen sind, ähnliche Sexualakte erwachsener Frauen mit Knaben, aber auch forcierte Sexualakte homosexuellen Charakters gehören zur Tagesordnung.

**SÁNDOR FERENCZI** (1933)<sup>4</sup>

"Was ist das – Psychoanalyse?"

**GABY RÖMER** (Heidelberg 1973)

Erst heute kann man (wenn man nicht durch gewisse Loyalitäten daran gehindert ist) die große, bahnbrechende Bedeutung Ferenczis erkennen, die Psychoanalyse (wieder) als eine Beziehungspsychologie zu begründen. (...) Ferenczi sieht das Trauma immer objektbeziehungstheoretisch, immer in Beziehungen, er hat die Grundlage gelegt für eine moderne Psychotraumatologie.

**MATHIAS HIRSCH** (2004)<sup>5</sup>

"Wahrscheinlich war er derjenige unter den Psychoanalytikern der ersten Generation, der dem Ideal einer postkantianischen Autonomie am nächsten kam: Einer Autonomie aus der Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und einer Lösung der darin enthaltenen repressiven Bindungen."

**MICHAEL ERMANN** (2010)<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Tagebuch 21.10.1822, in: *Wahrheit der Seele – Ida v. Lüttichau (1798-1856)* (Leipzig/Berlin 2010, Seite 53)

<sup>2</sup> *Die Anpassung der Familie an das Kind* (in: *Schriften zur Psychoanalyse II*, Frankfurt/M. 1972, Seite 212-226, hier: 219)

<sup>3</sup> Sigmund FREUD/Sándor FERENCZI: *Briefwechsel Band III/2* (Wien/Köln/Weimar 2005; Brief vom 12.5.1932)

<sup>4</sup> *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind* (in: *Schriften zur Psychoanalyse II*, a.a.O., Seite 308)

<sup>5</sup> Martin HIRSCH: *Psychoanalytische Traumatalogie - Das Trauma in der Familie* (Stuttgart 2004, Seite 1)

<sup>6</sup> Michael ERMANN: *Sándor Ferenczi und der Institutionskonflikt der Psychoanalyse* (in: *Forum der Psychoanalyse* Heft 4/2010)



## Einführung

---

1896 formulierte Sigmund FREUD in seinem Aufsatz *Zur Ätiologie der Hysterie*<sup>7</sup> in aller Eindeutigkeit den Zusammenhang gewisser "schwerer neurotischer Erkrankungen" mit unangemessenen (traumatischen) "sexuellen Erfahrungen am eigenen Leib, (...) geschlechtliche(m) Verkehr (im weiteren Sinne)" im Kindesalter, initiiert durch Erwachsene. – Bereits im folgenden Jahr wird FREUD darin wieder unsicher.<sup>8</sup> Im Jahr 1905 distanziert er sich erstmals öffentlich von seiner (damals sogenannten) *Verführungstheorie*.<sup>9</sup> Von nun an baut er eine *Triebtheorie* aus, durch die er Erinnerungen an traumatischen sexuellen Mißbrauch interpretieren kann als neurotischen Konflikt innerpsychischer Instanzen (z.B. *Ödipuskomplex*).

In der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Therapie stand die menschliche *Phantasie* im Vordergrund: unser Bedürfnis nach Selbstdarstellung und Selbstinterpretation, nach subjektiver Ausdeutung unseres Erlebens.<sup>10</sup> So bedeutsam dies für die Entwicklung des menschlichen Bewußtseins war: die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit folgeschwerer sexueller Traumata im Kindesalter wurde dabei konsequent vernachlässigt, teilweise sogar geleugnet; – theoretisches Axiom und allgemeine gesellschaftliche Tabuisierung gingen Hand in Hand.<sup>11</sup>

Als einziger Psychoanalytiker um FREUD versuchte der ungarische Arzt Sándor FERENCZI, die verhängnisvolle Weichenstellung der psychoanalytischen Theorie zu verhindern. FERENCZI, kein idealistischer Träumer, sondern grundlegend naturwissenschaftlich-analytischer Denker und seinem Lehrer, Freund und lebenslang wichtigsten intellektuellen Partner Sigmund FREUD weitestmöglich, gelegentlich bis zur Selbstverleugnung, treu ergeben, fühlte sich aufgrund seiner Erfahrungen mit bestimmten PatientInnen gezwungen, zurückzukehren zu FREUDS Annahmen von 1896 und von dort aus neue theoretische Konzeptionen und therapeutische Methoden zu suchen. Schrittweise bilden sich seine Erkenntnisse und Erfahrungen zum Problem früher Realtraumatisierungen in seinen letzten Lebensjahren ab in mehreren, hier dokumentierten Veröffentlichungen sowie in seinem privaten *Klinischen Tagebuch* und einzelnen Notizen.<sup>12</sup>

6

---

<sup>7</sup> Enthalten in: *Schriften zur Krankheitslehre der Psychoanalyse* (Frankfurt/M.1991). Lesenswert in unserem Zusammenhang ist auch FREUDS Aufsatz *'Zur Psychotherapie der Hysterie'* (1895) (in: Josef BREUER/Sigmund FREUD: *Studien über Hysterie*, Frankfurt/M. 1991).

<sup>8</sup> Brief an Wilhelm FLIESS im 21.9.1897 (in: Sigmund FREUD: *Briefe an Wilhelm Fließ 1887-1904*, Frankfurt/M. 1986, Seite 283-286)

<sup>9</sup> Sigmund FREUD: *'Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen'*, in: Leopold LÖWENFELD (Hrsg.): *'Sexualleben und Nervenleiden'* (Wiesbaden 1906). Gegen Ende seines Lebens kam FREUD zu einem deutlich an FERENCZI orientierten Traumakzept zurück (in: *'Der Mann Moses und die monotheistische Religion'*, 1939; GW XIV). Zu den konzeptionellen Schwankungen FREUDS in dieser Frage sowie einseitigen Festschreibungen seiner Nachlaßverwalter siehe ausführlich bei Jeffrey M. MASSON: *'Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie'* (Reinbek 1984) sowie bei Martin HIRSCH (a.a.O.).

<sup>10</sup> Siehe hierzu Arbeiten von Alfred LORENZER, Hans-Martin LOHMANN, Helmut DAHMER, Manfred POHLEN, von letzterem besonders: *'Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums von 1922'* (Reinbek 2008)

<sup>11</sup> Vergleiche Jeffrey M. MASSON (a.a.O.); Alice MILLER: *'Du sollst nicht merken'* (Frankfurt/M.1981); Judith L. HERMAN: *'Die Narben der Gewalt'* (Paderborn 2003, Seite 17-51).

<sup>12</sup> In einem Brief an einen Freund, den psychoanalytisch interessierten Arzt Georg GRODDECK vom 21.12.1930 schreibt FERENCZI: "Auch die übrigen Patienten 'agieren' lebhaft und bestätigen täglich, was ich über die Notwendigkeit schrieb, die Traumatogenese wieder in ihre Rechte einzusetzen." Am 10.10.1931 schreibt er an denselben: "Ich plage mich mit dem Problem des Traumas selbst; die Spaltungen, ja Atomisierungen der



## Einführung

---

1930, zu Beginn seiner Überlegungen und therapeutischen Experimente im Zusammenhang mit Realtraumatisierungen, hatte FERENCZI an FREUD geschrieben:

"Lieber Herr Professor,  
Etwas frühzeitiger als Sie, Herr Professor, aber auch ich beschäftige mich viel mit dem Problem des Todes, natürlich gleichfalls im Zusammenhange mit dem eigenen Schicksale und deren zukünftigen Chancen. Ein Teil meiner körperlichen Selbstliebe scheint sich in wissenschaftliches Interesse sublimiert zu haben, und dieses subjektive Moment sensibilisierte mich, wie ich glaube, für psychische und sonstige Vorgänge in unseren Neurotikern, die sich in Momenten realer oder vermeintlicher Todesgefahr abspielen. Das war wohl der Weg, auf dem ich zur Auffrischung der anscheinend veralteten (zumindest einstweilen beiseite geschobenen) Trauma-Theorie kam. Mit den Einsichten, auch mit den therapeutischen Resultaten, die ich auf diesem Wege erhalte, bin ich vorläufig zufrieden, so daß ich es für zweckmäßig halte, mit meiner diesbezüglichen Arbeitsweise fortzufahren. Unsere letzte Begegnung im Schneewinkel überzeugte mich, daß meine Angst, Sie würden die reaktionäre Richtung bei mir nicht gutheißen, sehr übertrieben war. Die Analyse dieser übertriebenen Angstlichkeit führt, wie Sie wissen, weit ins Infantile zurück. Auch darüber sind wir beide (Sie als mein Analytiker und ich als Analysierter) im klaren, daß meine Beziehung zu Ihnen und zu den Kollegen in der Vereinigung vielfach in Vater- und Bruderbindungen wurzelt. Ich habe aber vorläufig die Empfindung, daß meine, vielleicht auch hier subjektiv gefärbten, Untersuchungen auch einen gewissen objektiven Wert beanspruchen können. Ich denke mir, es handelt sich bei mir um ein relativ verspätetes Aufflackern der Produktivität, und ich gebe diesem zeitweise sehr lebhaften Produktionsdrange nach, ohne die Kontrolle aufzugeben."<sup>13</sup>

7

FERENCZIS Versuche, FREUD seine "Auffrischung" der Trauma-Theorie nahezubringen, enden jedoch im Fiasko. FREUD reagiert rigros ablehnend; ohne Zweifel scheine es sich bei FERENCZIS Engagement um eine "dritte Pubertät" zu handeln, schreibt er. – Der Psychoanalytiker Michael ERMANN drückte es grundsätzlich richtig, aber wohl zu einseitig aus: "Die Tragik seines Lebens besteht in der nicht aufgelösten Übertragung zu Freud, dem er seine Ziele opferte und dessen Ziele er für sich übernahm."<sup>14</sup>

Quellen zur Geschichte der Psychoanalyse zeigen, daß Sigmund FREUD sich dennoch bis zum Lebensende in wechselnder Gewichtung auseinandersetzte mit dieser Frage. Andere Psychoanalytiker waren damals rigider, so z.B. Karl ABRAHAM: "Erwachsene weibliche Hysterische (...) werden auf offener Straße belästigt, auf sie werden dreiste sexuelle Attentate

---

Persönlichkeit bieten Gelegenheit zu einem anregenden aber komplizierten Rätsel-Löse-Spiel. Man kommt dabei in gefährliche Nähe des Todesproblems (Geistesranke sind wirklich halb tote Menschen)." (Sándor FERENCZI/Georg GRODDECK: *Briefwechsel 1923-1933*; Frankfurt/M. 1986)

<sup>13</sup> Sigmund FREUD/Sándor FERENCZI: *Briefwechsel. Band III/2, 1925-1933*; Wien/Köln/Weimar 2005), Brief vom 20. 7. 1930

<sup>14</sup> Michael ERMANN (a.a.O.). Zur Konfrontation FERENCZIS mit FREUD und der damaligen psychoanalytischen Gemeinschaft existiert Lesenswertes in der deutschen Originalausgabe des vollständigen *'Klinischen Tagebuch'* (Frankfurt/M. 1988 sowie Neuauflage Gießen 1999: Psychosozial-Verlag); Vorwort von Judith DUPONT, Einleitung des Herausgebers Michel BALINT sowie Nachwort von Pierre SABOURIN. Jeffrey MASSON dokumentiert in der angegebenen Veröffentlichung ausführlich und quellengeleitet die kränkende und teilweise offensichtlich böartige Ausgrenzung FERENCZIS durch die psychoanalytische Gemeinschaft. Sehr lesenswert auch die umfassende Darstellung bei Mathias HIRSCH: *'Psychoanalytische Traumatalogie – Das Trauma in der Familie'* (Stuttgart 2004). Eine Fundgrube ist der mittlerweile vollständig veröffentlichte Briefwechsel zwischen FERENCZI und FREUD (Band I-III, in sechs Teilbänden, Wien 1993-2005).



## Einführung

---

verübt etc. In ihrem Wesen liegt es, daß sie sich in einer traumatischen Entwicklung von außen exponieren müssen. Es ist ihnen Bedürfnis, als die einer äußeren Gewalt Unterliegenden zu erscheinen; wir finden hierin eine allgemeine psychologische Eigenschaft des Weibes in übertriebener Form wieder."<sup>15</sup> – In dieser uns heute empörenden Zuschreibung finden sich Verhaltensweisen von in ihrem Selbstempfinden verletzten Frauen, interpretiert auf Grundlage von damals allgemeingesellschaftlicher Unkenntnis von Geschlechtsrollen, gewürzt mit ebenso konsensueller männlicher Angst vor sexuell aktiven und emotional verunsichernden Frauen. Bedauerlicherweise segnete *der Meister* ABRAHAMs Einschätzung als "letztes Wort" ab.<sup>16</sup>

Nach FREUDs Tod wurde das Dogma endgültig festgeklopft. Ernest JONES, Psychoanalytiker der ersten Generation, behauptete in seiner FREUD-Biografie im Hinblick auf FERENCZI und dessen zeitweiligen Mitstreiter Otto RANK: "Bei beiden entwickelten sich psychotische Erscheinungen, die sich unter anderem darin äußerten, daß sie sich von Freud und seinen Lehren abwandten."<sup>17</sup> ANNA FREUD schrieb 1981 in einem Brief an MASSON: "Wenn man die Verführungstheorie aufrechterhält, dann bedeutet das die Preisgabe des Ödipuskomplexes und damit der gesamten Bedeutung der bewußten wie der unbewußten Phantasien. Danach hätte es meines Erachtens keine Psychoanalyse mehr gegeben."<sup>18</sup> Für die damalige Situation psychoanalytischer Forschung ist diese Sorge sogar nachvollziehbar. Bedauerlicherweise hatte keiner der damaligen FREUD-Schüler das Format, die Psychoanalyse aus dieser Sackgasse herauszuführen, ohne sie aufzugeben. *Allenfalls der eine, der aber zu früh starb* –

Jeffrey MASSON dokumentiert, daß in Frankreich bereits in der Generation vor FREUD engagierte Psychiater und Gerichtsmediziner versuchten, Alarm zu schlagen im Hinblick auf die offenbar massenhaft vorkommende sexuelle Gewalt von Angehörigen gegen (teilweise sehr junge) Kinder. Zu Unrecht vergessen ist beispielsweise Ambroise TARDIEU (1818-1879) mit seiner erstmals 1857 erschienenen *'Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs'*. MASSON zitiert umfassend weitere Aufsätze und Bücher, die sich in Frankreich zu jener Zeit mit dem sehr häufigen Vorkommen von Gewalt gegen Kinder, meist durch Bezugspersonen, befaßt. Er belegt, daß FREUD diese Arbeiten kannte.<sup>19</sup>

Die von FREUDs Triebtheorie vorgegebene Interpretation von Hinweisen auf sexuelle Traumatisierungen im Kindesalter als vorrangig "hysterische Lügen" wurde jedoch über Jahrzehnte zum Standard in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Traumaüberlebende Frauen wurden auf ihre unterdrückten sexuellen Bedürfnisse hingewiesen, gelegentlich auch zur Masturbation ermuntert.<sup>20</sup> Die Psychoanalytikerin und Traumatherapeutin Luise REDDEMANN erinnert sich und uns:

---

<sup>15</sup> Karl ABRAHAM: *'Das Erleiden sexueller Traumata als Form infantiler Sexualbetätigung'* (1907; Frankfurt/M. 1982)

<sup>16</sup> Sigmund FREUD: *'Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung'* (GW 10, Seite 43-113, hier: Seite 55)

<sup>17</sup> München 1984, Seite 62

<sup>18</sup> a.a.O., Seite 135f.

<sup>19</sup> Jeffrey MASSON: a.a.O.

<sup>20</sup> Letztere Erfahrung mit einem ärztlichen Psychotherapeuten berichtete mir noch etwa 2004 eine Betroffene. Dieses "Heilmittel" stammt aus der Zeit der Hysterie-Behandlung in Frankreich hundert Jahre zuvor (CHARCOT).



## Einführung

---

"1985 übernahm ich die Leitung einer psychosomatischen Klinik. Zu diesem Zeitpunkt machten sich deutsche Psychotherapeuten und Psychiater keine Gedanken über Traumatisierungen ihrer Patienten und Patientinnen. Psychoanalytiker waren der Meinung, dass Traumatisierungen weniger wichtig waren – wenn überhaupt – als Fantasien. Alice Miller, die Anfang der 80er Jahre einige Bücher zu diesem Thema veröffentlicht hatte,<sup>21</sup> wurde in Fachkreisen wenig ernst genommen. Meist wurden Traumatisierungen, über die Patientinnen berichteten, als Fantasien behandelt. Insbesondere der so genannte sexuelle Missbrauch (...) galt als Ausdruck von so genannten ödipalen Fantasien. Damit waren die Psychoanalytiker der 70er und 80er Jahre noch konservativer als Freud, der immerhin die Möglichkeit offen gelassen hatte, dass es so etwas wie sexualisierte Gewalt gegen Kinder gibt."<sup>22</sup>

Der polnische Kinderarzt und Waisenhausdirektor Janusz KORCZAK<sup>23</sup> hat als einer von ganz wenigen neben FERENCZI in der Zeit vor 1945 die gesellschaftlich tabuisierte Realität sexueller Gewalt an Kindern ernstgenommen. Eine vergleichende Analyse von Michael KIRCHNER belegt, daß KORCZAK die Situation der Kinder auch in psychodynamischen und pädagogischen Einzelheiten ähnlich wie FERENCZI verstand.<sup>24</sup>



Sándor FERENCZI<sup>25</sup> wurde 1873 als achtens von zwölf Kindern geboren. Sein Vater, ein aus Polen eingewanderter Jude, getragen von der Begeisterung für den ungarischen Unabhängigkeitsaufstand und die liberalen Reformen von 1848, betrieb eine Buchhandlung und starb, als Sándor 15 Jahre alt war. Nach seinem Medizinstudium in Wien kehrte Sándor nach Budapest zurück, wo er zunächst als externer Arzt in einer Abteilung für Prostituierte am St. Rochus-Spital (Szent Rókus Kórház) arbeitete. 1900 trat er in die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Armenkrankenhauses St. Elisabeth (Szent Erzsébet Kórház) ein und 1904 in eine Poliklinik. Danach eröffnete er seine eigene Praxis als Allgemeinarzt und Psychiater und wurde psychiatrischer Gerichtsgutachter. – 1908 kam es (vermittelt durch C. G. JUNG) zur Bekanntschaft mit Sigmund FREUD. Bereits am 27.4.1908 sprach FERENCZI auf dem 1. Psychoanalytischen Kongreß in Salzburg; sein Vortrag enthält – mit Bezug auf Perspektiven

---

<sup>21</sup> Siehe vor allem Alice MILLER: *'Du sollst nicht merken'* (Frankfurt/M. 1981)

<sup>22</sup> Luise REDDEMANN: *'Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren'* (Stuttgart 2001, Seite 11)

<sup>23</sup> Geboren 1878 in Warschau, 1942 zusammen mit 200 Waisenkindern im KZ Treblinka ermordet worden.

<sup>24</sup> Michael KIRCHNER: *'Sexualisierte und sexuelle Gewalt in der Familie und deren Umfeld. Analysen von Sándor Ferenczi und Janusz Korczak'*, in: Sabine ANDRESEN/Wilhelm HEITMEYER (Hrsg.): *'Zerstörerische Vorgänge. Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen'* (Weinheim 2012, Seite 216-226)

<sup>25</sup> Aussprache: [sch:andor férentsi]. FERENCZI bediente sich in seinen psychoanalytischen Arbeiten und Vorträgen der drei Sprachen ungarisch, deutsch und englisch.



## Einführung

der Psychoanalyse – den Satz: "Die Befreiung von unnötigem innerem Zwang wäre die erste Revolution, die der Menschheit eine wirkliche Erleichterung schüfe."<sup>26</sup> Im folgenden Jahr begleitete er FREUD zu einer Vortragsreise nach Nordamerika; eine Freundschaft entwickelt sich.

1910 schlug FERENCZI (auf Anregung FREUDs und selbst durchaus kritisch gegenüber typischen gruppenspezifischen Auswirkungen des Vereinslebens)<sup>27</sup> die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung vor, 1913 rief er die Ungarländische Psychoanalytische Gesellschaft (Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület) ins Leben. Weitere Gründungsmitglieder letzterer waren der Psychiater István HOLLÓS, Hugó IGNOTUS, Chefredakteur der progressiven Literaturzeitschrift Nyugat, der Internist Lajos LÉVY und der Arzt Sándor RADÓ. FERENCZI wurde zum spiritus rector einer ungarischen Schule der Psychoanalyse, die in ihrem kreativen, unorthodoxen Eigengewicht noch fast bis heute ihre Spuren hinterlassen hat in Theorie und Praxis der Psychoanalyse.<sup>28</sup> Im Ersten Weltkrieg war FERENCZI zunächst Regimentsarzt in Westungarn, ab 1916 als Neuropsychiater an einem budapester Militärlazarett. 1918 fand in Budapest der 5. Internationale Psychoanalytische Kongreß statt, auf dem die Psychoanalyse der Kriegsneurosen einen Schwerpunkt bildete und für öffentliche Aufmerksamkeit sorgte.<sup>29</sup>

In Budapest hatte sich sich um Sándor FERENCZI ein Kreis von Intellektuellen und Künstlern gebildet; zu ihm gehörten Béla BARTOK, Zoltan KODÁLY, György (Georg) LUKÁCS, Károly (Karl) MANNHEIM, Norbert ELIAS, Melanie KLEIN, René Arpad SPITZ, Margaret MAHLER, David RAPAPORT, Alice und Mihály (Michael) BALINT, Imre HERMANN. Nach der ungarischen *Asternrevolution* forderten budapester Medizinstudenten im Oktober 1918 die Einrichtung eines Lehrstuhls für Psychoanalyse und dessen Besetzung durch FERENCZI. Dieser erhielt daraufhin im Mai 1919 als erster Psychoanalytiker in der Geschichte der Psychoanalyse eine Universitätsprofessur (die Ernennungsurkunde unterzeichnete György LUKÁCS). – Im Vergleich mit den Wiener Psychoanalytikern stand die Budapester Schule politisch weiter links. So betonte FERENCZI bereits zu dieser Zeit sozialpsychologische Aspekte. Hundertdreiunddreißig

10

<sup>26</sup> 'Psychoanalyse und Pädagogik', in: 'Schriften zur Psychoanalyse II' (a.a.O., Seite 1-11, hier: Seite 4) – Die gleiche Position vertrat auf diesem Kongreß auch der Psychiater, Psychoanalytiker und Anarchist Otto GROSS. FREUD lehnte eine solche Perspektive strikt ab: " Wir sind Ärzte und wollen Ärzte bleiben", erinnert sich GROSS an dessen Reaktion (Otto GROSS: 'Ludwig Rubiners >Psychoanalyse<', in: Die Aktion, III. Jahr, Nr.20, Berlin, 14. Mai 1913, Spalte 506–507).

<sup>27</sup> Vgl. 'Zur Organisation der psychoanalytischen Bewegung' (1910; in: 'Schriften zur Psychoanalyse I', Frankfurt/M. 1970)

<sup>28</sup> Zu den ungarischen PsychoanalytikerInnen der ersten Generation gehörten Istvan HOLLÓS (Psychoanalyse von Psychotikern, Öffnung der Psychiatrien) und Imre HERMANN (Anklammerungstheorie, Vorläuferin der Bindungstheorie), Michael BALINT (bedeutendster Schüler FERENCZIS), Melanie KLEIN (Mitbegründerin der auf FERENCZI zurückgehenden Objektbeziehungstheorie), Géza RÓHEIM (psychoanalytische Anthropologie), Franz ALEXANDER (psychoanalytische Psychosomatik), René SPITZ (Hospitalismus- und Säuglingsforschung), Sándor RADÓ (Depressionen, Drogenmißbrauch), Margaret MAHLER (erste psychoanalytische Entwicklungspsychologie). Siehe auch Gábor BERÉNYI/Lívía NEMES (Hrsg.): 'Die Budapester Schule der Psychoanalyse' (Budapest 1999) und Judit MESZAROS: 'Ferenczi and Beyond: Exile of the Budapest School and Solidarity in the Psychoanalytic Movement During the Nazi Years' (London 2014; ungarische Originalausgabe Budapest 2008). Eine authentische Darstellung der Lehrprinzipien der ungarischen Psychoanalytiker (vor ihrer Vertreibung durch die Nazis) ist Imre HERMANN: 'Die Psychoanalyse als Methode' (Wien 1934).

<sup>29</sup> 'Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion zwischen Sigmund FREUD, Sándor FERENCZI, Ernst SIMMEL, Ernest JONES' (Leipzig/Wien 1919)



## Einführung

---

Tage nach ihrer Proklamierung wurde die Räterepublik durch rumänische und tschechische Invasionstruppen zur Aufgabe gezwungen und mußte dem reaktionären Horthy-Regime weichen. Die nun folgende Welle von Antisemitismus und Repression verschonte auch die Psychoanalyse nicht. Viele ungarische AnalytikerInnen emigrierten nach Deutschland. FERENCZI blieb in Budapest, wurde aber aus der Ärztekammer ausgeschlossen, seiner öffentlichen Ämter enthoben und mußte sich auf seine Privatpraxis zurückziehen. Jedoch setzte bald eine Liberalisierung ein. In Budapest gab es seit 1930 eine psychoanalytische Erziehungsberatungsstelle, und 1931 wurde in der Villa von Vilma KOVACS das Institut der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung gegründet sowie eine von FERENCZI geleitete psychoanalytische Poliklinik für Erwachsene und Kinder eröffnet.<sup>30</sup>



Im Verlauf des Ersten Weltkriegs sowie nach dem Zweiten Weltkrieg drang die Realität psychischer Traumata wieder ins öffentliche Bewußtsein. Soldaten und Überlebende der Konzentrationslager suchten psychotherapeutische Hilfe, ab 1970 auch traumatisierte US-Soldaten aus dem Vietnamkrieg. Etwa um dieselbe Zeit wurden schrittweise Vergewaltigungen und sexuelle Gewalt öffentliches Thema.<sup>31</sup> Zu diesem neuen Beginn psychotraumatologischer Forschung gehörte die Wiederentdeckung des französischen Philosophen, Psychiaters und Psychotherapeuten Pierre JANET (1859-1947). Unabhängig von FREUD (und Josef BREUER)<sup>32</sup> war JANET zur Überzeugung gekommen, daß das Phänomen "Hysterie" durch ein psychisches Trauma verursacht wird. Im Gegensatz zu FREUD verfolgte

---

<sup>30</sup> Als lesenswerte Arbeiten zu der auch weiterhin turbulenten Lebens- und Tätigkeitsgeschichte FERENCZIS und zu seinem psychoanalytischen Wirken habe ich gefunden: André E. HAYNAL: *Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint* (Frankfurt/M. 1989) und derselbe: *Disappearing and Reviving. Sándor Ferenczi in the History of Psychoanalysis* (London 2002); Judit SZEKACS-WEISZ/Tom KEVE (Hrsg.): *Ferenczi and his World: Rekindling the Spirit of the Budapest School* (London 2012); Michael ERMANN: *Sándor Ferenczi und der Institutionskonflikt der Psychoanalyse* (in: Forum der Psychoanalyse Heft 4/2010); Hans Waldemar SCHUCH: *Bedeutsame Akzentverschiebungen – Von der Genitaltheorie zur elastischen Psychoanalyse. - Einige Aspekte der Entwicklung des theoretischen und theorietechnischen Werkes von Sándor Ferenczi* (online: <http://web.archive.org/web/20060927110838/http://www.bbpp.de/altaufgelesen/juli2001/ferenczi.pdf>); Thierry BOKANOWSKI: *Trauma, Analyseprozeß und Umformung* (in: EPF Bulletin 67, 2013, Seite 86-98) und derselbe: *Zwischen Freud und Ferenczi: Das >Trauma<* (in: PSYCHE 53, 1999, Seite 432-40). Informativ und nuanciert im Hinblick auf FERENCZIS psychoanalytische Arbeiten jenseits des Traumathemas sowie lebensgeschichtliche Einzelheiten sind die Einleitungen zu den beiden Bänden *Schriften zur Psychoanalyse*, zu Band I von Michael BALINT, zu Band I von Judith DUPONT.

<sup>31</sup> vgl. Judith L. HERMAN: *Die Narben der Gewalt* (München 1994; Neuausgabe Paderborn 2003)

<sup>32</sup> Der Wiener Arzt, Physiologe und Philosoph Josef BREUER (1842-1925) gilt neben Sigmund FREUD als Mitbegründer der Psychoanalyse.



## Einführung

---

sein Kritiker JANET dieses Thema weiter. So beschrieb er 1889 Amnesien und Identitätsstörungen als "Dissoziationen" infolge eines Traumas.<sup>33</sup>

Etliche Fallvignetten und Reflexionen in den hier dokumentierten Vorträgen und privaten Notizen lassen den Schluß zu, daß unter Sándor FERENCZIs frühtraumatisierten PatientInnen Betroffene mit Borderline-Syndrom, Dissoziativer Identitätsstörung (DIS) und DDNOS waren.<sup>34</sup> Es wird deutlich, wie er das Prinzip der traumabedingten Dissoziation (meist spricht er von "Spaltung", "Zersplitterung" oder "Fragmentierung") aus seinen therapeutischen Erfahrungen mit in der Kindheit sexuell traumatisierter Patientinnen heraus verstehen lernt. Die diesbezüglichen Arbeiten Pierre JANETS hat er offenbar nicht genutzt.<sup>35</sup> Nach JANET (und FREUD in jener allzu kurzen Episode ab 1896) scheint FERENCZI tatsächlich weltweit der erste gewesen zu sein, der konsequent und stringent das Wesen von Psychotrauma und den therapeutischen Umgang damit erkundet hat!

In seinem hier auszugsweise dokumentierten Spätwerk beruft FERENCZI sich jenseits von Übertragung und Gegenübertragung auf die Grunderfahrungen von Güte, Authentizität, Bescheidenheit und Takt. Damit legt er den Grundstein zu einer intersubjektiven Haltung, einer *Zwei-Personen-Psychologie*, im Gegensatz zur bis dahin in der Psychoanalyse vorherrschenden Ein-Personen-Psychologie. Komplementär zu FREUDs Abstinenzprinzip führt er das Prinzip der Gewährung ein und ermöglicht damit eine regressionsfreundliche Haltung des Analytikers.

Der Psychoanalytiker Mathias HIRSCH schreibt: "Ferenczi sieht ihn [den Patienten] zusammen mit seinem realen Gegenüber, dessen bestimmte Eigenschaften zu den Beziehungsqualitäten beitragen (wie auch umgekehrt), die gegebenenfalls traumatisierend wirken können (...). Freud dagegen sieht das Individuum eher solipsistisch, ein Objekt seiner Triebe (...) suchend."<sup>36</sup> Der psychoanalytische Traumaforscher und Ego State-Therapeut Jochen PEICHL betont im Hinblick auf FERENCZI: "Trauma wurde jetzt konzipiert als ein nicht verarbeitetes Beziehungsereignis in Abgrenzung zu einem bloßen Zusammenbruch des Reizschutzes, der Ich-Organisation, ohne die Qualität der Beziehung zum Täter zu beachten."<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Zur Geschichte des Dissoziationsbegriffs siehe Lydia HANTKE: *Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen* (Berlin 1999).

<sup>34</sup> "Es wurde mir möglich, an die Patienten Fragen zu stellen und von abgespaltenen Teilen der Persönlichkeit wichtige Auskünfte zu erlangen", berichtet er unmißverständlich 1929 in Oxford (*Relaxationsprinzip und Neokatharsis*). Im *Tagebuch* erwähnt er unter anderem (am 12. Januar 1932) ausführlich eine Patientin (R.N. = Elizabeth SEVERN), die als 5jährige zur Prostitution abgerichtet wurde.

<sup>35</sup> In einer seiner frühen Literaturkritiken (1913) beteuert FERENCZI zwar, "wie viel wir z.B. Janets Lehre von der Dissoziation des Ichs zu verdanken haben (was übrigens Freud selbst immer anerkannt hat)" (Sándor FERENCZI: *Bausteine zur Psychoanalyse, Band IV*, Leipzig 1938, Seite 51). Aus einer anderen Rezension (1915) wird jedoch deutlich, daß JANET auch von FERENCZI zu jener Zeit aufgrund seiner "psychostatischen Auffassung" (a.a.O., Seite 17) in grundlegendem Widerspruch zur psychodynamischen Auffassung der Psychoanalyse gesehen wurde. Und dabei blieb es dann wohl. – Allerdings erwähnt FERENCZI in dem hier dokumentierten Vortrag *Relaxationsprinzip und Neokatharsis* zustimmend C. G. JUNGs *Assoziationsexperimente*; dieser hatte sich dort deutlich auf JANETS Erfahrungen zur Dissoziation bezogen. (Siehe auch die ausführliche Darstellung bei Ruth LEYS: *Trauma. A Genealogy*; Chicago/London 2000)

<sup>36</sup> Mathias HIRSCH: *Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie* (Stuttgart 2004, Seite 44)

<sup>37</sup> Jochen PEICHL: *Die inneren Trauma-Landschaften* (Stuttgart 2007, Seite 59f.) – Der Satz ist eventuell etwas mißverständlich; alles nach "in Abgrenzung zu" bezieht sich auf FREUDs Grundverständnis.



## Einführung

"Ohne Sympathie keine Heilung"<sup>38</sup> - auch dieses Grundprinzip FERENCZIS macht ihn zu einem Protagonisten der Traumatherapie; zweifellos ging es ihm bei seinen Trauma-PatientInnen nicht mehr vorrangig um wissenschaftliche Forschung, sondern um konkrete Mitmenschen, denen er als Partner einer therapeutischen Beziehung zu helfen versuchte.<sup>39</sup> – Heute wird erkannt: "Es war Ferenczi, der als erster die fast unüberwindliche Trennwand beschrieben hat, die zwischen traumatischer Erfahrung und posttraumatischer Struktur besteht. (...) Ferenczi dient als Brücke zum Verständnis des innerpsychischen Erlebens des Traumatisierten."<sup>40</sup>

Sándor FERENCZIS somatisch-physiologische, manchmal fast erschreckend mechanistisch anmutende Grundhaltung (in der er sich gerade mit FREUD verbunden gefühlt haben dürfte) begünstigte ein Erkenntnisinteresse, das keine Rücksicht nehmen konnte auf dogmatische Vorgaben. FERENCZI setzte seine Erfahrungen aus den analytischen Begegnungen pragmatisch-kreativ, folgerichtig und hypothesenbildend um, ganz im Sinne einer *offenen* Theorie, auch darin wie FREUD in seinem genuinen Nachdenken!<sup>41</sup> Es konnte nicht ausbleiben, daß er bei solcher konsequent *induktiven* Herangehensweise zu neuen, von der inzwischen entstandenen psychoanalytischen *Lehre* (mit ihrem deduktivem Anspruch) nicht mehr gedeckten Erkenntnissen und Konzepten kam. Bei allem ersichtlichen und auch von ihm bekundeten Bemühen, diese in den Rahmen des psychoanalytischen Konsens einzufügen, konnte er zumindest im Traumabereich kaum auf Anknüpfungspunkte zurückgreifen: Mit der damaligen Psychoanalyse hat *Ferenczis Traumatheorie*<sup>42</sup> nur noch peripher zu tun.<sup>43</sup> Jedoch liegt in ihr die Chance, das für TraumapatientInnen bedauerliche Schisma zwischen psychoanalytischer Orientierung am *innerem Konflikt* einerseits und psychotraumatologischem Gewicht auf *Opfer, Täter und Realtrauma* andererseits zu heilen.<sup>44</sup>

13

<sup>38</sup> Im *Klinischen Tagebuch* unter dem 13. August 1932.

<sup>39</sup> In FERENCZIS '*Klinischen Tagebuch*' finden sich etliche kritische Anmerkungen zu wenig menschenfreundlichen und eher an eigenen psychischen Defekten orientierten Verhaltensweisen von Psychoanalytikern, von denen er sich garnicht ausnimmt.

<sup>40</sup> Margareta DIAZ/David BECKER: '*Trauma und sozialer Prozeß*', in: M. HERMER (Hrsg.): '*Die Gesellschaft der Patienten*' (Tübingen 1995, Seite 122); zitiert nach: Lydia HANTKE: '*Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*' (Berlin 1999, Seite 142)

<sup>41</sup> So notiert sein Lehranalysand Smiley BLANTON noch für 1930 FREUDs Hinweis: "Wenn man eine neue Wissenschaft entwickelt, stellt man zunächst einmal vage Theorien auf. Man kann die Dinge nicht sogleich scharf formulieren. Aber wenn man darüber schreibt, verlangt das Publikum etwas Definitives, sonst meint es, man wüßte nicht, was man zu sagen hätte." – Und etwas später: "Anscheinend glauben sie [*die Kritiker*], die Analyse sei vom Himmel gefallen oder aus der Hölle geschleudert worden – ein für allemal fixiert wie ein Lavablock. Sie denken nicht daran, daß sie ein Gebilde von Fakten ist, die nur langsam und unter größten Anstrengungen von der wissenschaftlichen Forschung zusammengetragen wurden." (Smiley BLANTON: '*Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud*' (Frankfurt/Berlin/Wien 1975, Seite 43 und 47)

<sup>42</sup> In nichtdeutschen Fachveröffentlichungen wird sie in jüngerer Zeit ganz selbstverständlich als solche bezeichnet!

<sup>43</sup> Dies macht nachvollziehbar, daß selbst manche engagierte TraumatherapeutInnen psychoanalytischer Provenienz die Existenz von *Dissoziativer Persönlichkeitsstörung (DIS/"Multiple Persönlichkeit")* zu ignorieren versuchen: Bis heute scheint es keine psychoanalytischen Erklärungsmöglichkeiten für DIS zu geben.

<sup>44</sup> Anne-Marie SCHLÖSSER/Kurt HÖHFELD (Hrsg.): '*Trauma und Konflikt*' (Gießen 1998) ist ein sehr lesenswerter Sammelband zu Möglichkeiten einer praxisrelevanten Konvergenz zwischen psychotraumatologischer Traumagewichtung und dem psychoanalytischen Blick auf den innerseelischen Konflikt als Mittelpunkt der Therapie auch bei Realtraumata. Siehe ebenfalls die Arbeiten des Psychoanalytikers, Traumaforschers und *Ego State*-Therapeuten Jochen PEICHL.



## Einführung

---

Die zunehmende Eskalation des Konflikts zwischen FERENCZI und FREUD und anderen Mitgliedern der psychoanalytischen Szene läßt sich im Briefwechsel zwischen FERENCZI und FREUD einigermaßen nachvollziehen.<sup>45</sup> 1932 wird die Kollision unvermeidbar – und die Kränkung beider offensichtlich. Noch immer aber versucht FERENCZI, eine Brücke zum väterlichen Freund zu bauen: "Sie können versichert sein, daß ich all die schönen früheren Besuche erinnere, wenn ich auch zugeben muß, daß mehr Mut und offenere Aussprache meinerseits über Praktisches und Theoretisches von Vorteil gewesen wäre. Doch leider mangelt es beim Jüngeren und Schwächeren gewöhnlich an solchem Mute."<sup>46</sup> Sigmund FREUD konstatiert in seiner Antwort: "Seit drei Jahren haben Sie sich planmäßig von mir abgewendet, wahrscheinlich eine persönliche Feindseligkeit entwickelt"<sup>47</sup>. – Es folgen einige kurze hilflos-höfliche Briefe hin und her, dann richtet FERENCZI am 29.3.1933 eine ernste Warnung an FREUD: "Kurz und gut: ich rate Ihnen, die Zeit der noch nicht unmittelbar gefährdenden Lage zu benützen und mit einigen Patienten und Ihrer Tochter Anna in ein sichereres Land, etwa England zu reisen. (...) Bitte nehmen Sie meine Warnung ernst." FREUD antwortet umgehend: "Was nun das aktuelle Motiv Ihres Schreibens betrifft, das Fluchtmotiv, so will ich Ihnen gern ankündigen, daß ich Wien nicht zu verlassen gedenke. Ich bin zu wenig beweglich, zu sehr abhängig von Behandlungen, kleinen Linderungen und Bequemlichkeiten, mag auch meinen Besitz nicht im Stich lassen, aber wahrscheinlich würde ich auch bleiben, wenn ich intakt und jugendfrisch wäre. Diesem Entschluß zugrunde liegt natürlich eine emotionelle Einstellung, aber auch an Rationalisierungen fehlt es nicht. Es ist nicht sicher, daß das Hitlerregime auch Österreich überwältigen wird; möglich ist es freilich, aber alle glauben, daß es hier nicht die Höhe der Brutalität erreichen wird wie in Deutschland. Persönliche Gefahr für mich besteht wohl nicht, und wenn Sie das Leben in der Bedrückung für uns Juden als reichlich unbequem vermuten, so vergessen Sie doch nicht daran, wie wenig Behaglichkeit das Leben in der Fremde, sei es Schweiz oder England, den Flüchtlingen verspricht. Flucht, meine ich, wäre nur durch direkte Lebensgefahr gerechtfertigt, und übrigens, wenn sie einen erschlagen, ist es für den eine Todesart wie eine andere."<sup>48</sup> –

14

In seinem Nachruf auf den am 22. Mai 1933 in Budapest gestorbenen Sándor FERENCZI schrieb Sigmund FREUD:

"Nach dieser Höhenleistung [*gemeint ist die Genitaltheorie*] ereignete es sich, daß der Freund uns langsam entglitt. Von einer Arbeitssaison in Amerika zurückgekehrt, schien er sich immer mehr in einsame Arbeit zurückzuziehen, der doch vorher an allem, was in analytischen Kreisen vorfiel, den lebhaftesten Anteil genommen hatte. Man erfuhr, daß ein einziges Problem sein Interesse mit Beschlag belegt hatte. Das Bedürfnis zu heilen und zu helfen war in ihm übermächtig geworden. Wahrscheinlich hatte er sich Ziele gesteckt, die mit unseren therapeutischen Mitteln heute überhaupt nicht zu erreichen sind. Aus unversiegtten affektiven Quellen floß ihm die Überzeugung,

---

<sup>45</sup> Sie bezog sich inhaltlich zunächst auf FERENCZIS technische Neuerungen (siehe *'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'*, hier folgend dokumentiert), in den letzten Lebensjahren dann außerdem auf sein Postulat der Bedeutung sexueller Frühtraumatisierungen (als Beitrag zur Theoriediskussion). Die Existenz "traumatischer Neurosen" bei Erwachsenen (heute würden wir von *Akuttraumatisierungen* sprechen) war demgegenüber bereits seit langem psychoanalytischer Konsens (siehe hier Exzert aus FREUD in: *'Gedanken über das Trauma'*).

<sup>46</sup> Sigmund FREUD/Sándor FERENCZI: *'Briefwechsel'* (a.a.O., Brief vom 27.9.32)

<sup>47</sup> a.a.O., Brief vom 2. 10. 1932

<sup>48</sup> a.a.O., Brief vom 2.4.1933



## Einführung

---

daß man bei den Kranken weit mehr ausrichten könnte, wenn man ihnen genug von der Liebe gäbe, nach der sie sich als Kinder gesehnt hatten. Wie das im Rahmen der psychoanalytischen Situation durchführbar sei, wollte er herausfinden, und solange er damit nicht zum Erfolg gekommen war, hielt er sich abseits, wohl auch der Übereinstimmung mit den Freunden nicht mehr sicher." <sup>49</sup>

Abgeschlossen hatte FREUD jedoch mit seinem langjährigen Weggefährten bis zum Lebensende nicht. So thematisiert er 1935 und 1937 FERENCZIS "neue Methoden" mehrfach gegenüber einem Lehranalysanden, dem nachmaligen amerikanischen Analytiker Smiley BLANTON, – nachdenklich, zweifelnd, aber keineswegs dogmatisch oder gar böswillig. So notiert BLANTON am 12. August 1937: "Über Glauben sagte er: *Davon bin ich überzeugt: Glaube repräsentiert eine kindliche Beziehung zu den Eltern. (...) Was die Suggestion betrifft, sind wir nicht so sicher. Da bedarf es noch weiterer Aufklärung. In dem einen Punkt bin ich mir aber sicher – es ist keine Identifikation. Ferenczi nannte sie eine kindische Beziehung; er reduzierte sie darauf. Ich bin nicht uneins mit ihm, bin mir jedoch nicht sicher.*"<sup>50</sup> 1939 schreibt FREUD in seiner letzten großen Arbeit: "Die früh erlebten, später vergessenen Eindrücke, denen wir eine so große Bedeutung für die Ätiologie der Neurosen zuschreiben, heißen wir Traumata. Es mag dahingestellt bleiben, ob die Ätiologie der Neurosen allgemein als eine traumatische angesehen werden darf."<sup>51</sup>

15



Als neben BALINT wohl einziger Psychoanalytiker würdigte Erich FROMM in den auf FERENCZIS Tod folgenden Jahren dessen vom damaligen psychoanalytischen Konsens abweichende therapeutische Haltung in mehreren seiner Veröffentlichungen. Innerhalb einer umfassenden Kritik der durch Sigmund FREUD vorgegebenen psychoanalytischen Gewichtung in der Zeitschrift für Sozialforschung (Herausgeber Max HORKHEIMER) widmete er Sándor FERENCZI bereits 1935 eine längere Passage mit teilweise halbseitigen Zitaten aus dessen Vorträgen.<sup>52</sup> Mehrfach widersprach er öffentlich posthumen Diffamierungen FERENCZIS durch andere Psychoanalytiker.<sup>53</sup> – 1970/72 erschienen die beiden Auswahlbände '*Schriften zur Psychoanalyse*'. FERENCZIS Bedeutung im Hinblick auf die Therapie sexueller Frühtraumatisierungen wurde in den nuancierten und ansonsten sehr lesenswerten Einleitungen (von Michael BALINT zu Band I und Judith DUPONT zu Band II) mit keinem Satz thematisiert.

---

<sup>49</sup> Mai 1933 (GW XVI, 267-269), nach: <http://www.psyalpha.net/biografien/sandor-ferenczi>.

<sup>50</sup> Smiley BLANTON (a.a.O.; Seite 89) – Der Begriff "kindisch" kommt in dieser nicht-abwertenden Bedeutung auch bei FERENCZI vor.

<sup>51</sup> Sigmund FREUD: '*Der Mann Moses und die monotheistische Religion*' (Amsterdam 1939; Seite 177)

<sup>52</sup> Erich Fromm: '*Die gesellschaftliche Bedingtheit der psychoanalytischen Therapie*' (in: Zeitschrift für Sozialforschung, Jahrgang IV; Paris 1935, Seite 365-397, hier: 386-91)

<sup>53</sup> vgl. Marco Bacciagalupi: '*Ferenczi's Influence on Fromm*', in: Lewis Aron/Adrienne Harris (Hrsg.): '*The Legacy of Sándor Ferenczi*' (New Jersey 1993/2010, Seite 185-198)



## Einführung

Sándor FERENCZI, der allzu lange verdrängte bedeutende psychotherapeutische Praktiker und Theoretiker, wird zunehmend wieder-, in mancher Hinsicht erstmalig entdeckt.<sup>54</sup> Sowohl bei dem Pionier der DIS-Therapie Frank PUTNAM als auch in dem heute psychotraumatologisch grundlegenden Ansatz der *Strukturellen Dissoziation* wird auf FERENCZIS Erfahrungen und Hypothesen zur traumabedingten Dissoziation als frühe Quellen hingewiesen.<sup>55</sup> Wissenschaftliche Institutionen<sup>56</sup> und Publikationen<sup>57</sup> widmen sich FERENCZIS psychoanalytischem Vermächtnis (keineswegs nur traumabezüglich). 1998 wurde in Madrid eine Internationale Ferenczi-Konferenz abgehalten, 2008 in Miscolc (FERENCZIS ungarischer Geburtsstadt), 2009 in Buenos Aires, 2010 in Athen, 2011 in Vancouver (Kanada), 2012 in Budapest; im Mai 2015 findet eine entsprechende Veranstaltung (mit dem Schwerpunktthema Trauma) in Toronto (Kanada) statt.<sup>58</sup> FERENCZIS Werke sind in Neuauflagen u.a. auf Englisch, Französisch und auch auf Deutsch<sup>59</sup> erschienen, und 2010 gab es eine thematische Sendung im Deutschlandfunk.<sup>60</sup> Zwei Jahre zuvor allerdings erschien im Deutschen Ärzteblatt eine

<sup>54</sup> So wird FERENCZI offenbar heutzutage zu den Vorläufern der Gestaltherapie gerechnet (Serge GINGER: <http://www.sergeginger.net/10.html>; Michael LUETGE: <http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/michael.luetge/ferenczi.htm#AktiveTechni>), er wird als Brückenglied zwischen Psychoanalyse und Humanistischer Psychologie gesehen bei Hans-Peter HEEKERENS (<http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php>) und Helmut JOHACH: *Von Freud zur Humanistischen Psychologie*, Bielefeld 2009) und zustimmend rezipiert im Umkreis der Integrativen Therapie (Integrative Therapie 2003, 3-4: *Themenheft Sándor Ferenczi*). Peter GEISSLER versteht FERENCZI im Hinblick auf dessen *Relaxationsprinzip* (siehe hier in der Folge) als Protagonisten der von ihm mitbegründeten Analytischen Körperpsychotherapie: *'Mythos Regression'* (Gießen 2001). FERENCZIS Einflüsse sind unübersehbar bei Carl ROGERS (Klientenzentrierte Therapie), Jack Lee ROSENBERG (Integrative Körperpsychotherapie IBP, Fragmentierungsprinzip, Release/Relaxation), John BOWLBY (Bindungstheorie) und Ronald D. LAING (Psychose als Selbstheilungsversuch, Antipsychiatrie). FERENCZIS Lehranalytikerin Clara THOMPSON entwickelte zusammen mit dem Psychiater Harry Stack SULLIVAN (dessen Lehranalytikerin sie war) die bedeutende Interpersonale Theorie, die mit grundlegenden Herangehensweisen FERENCZIS vielleicht nicht zufällig gut zusammenpaßt. Hinweise auf andere Weiterführungen FERENCZIScher Überlegungen durch Psychoanalytiker gibt Pierre SABOURIN in seinem Nachwort zum *'Klinischen Tagebuch'*. Übrigens fiel FERENCZI selbst schon auf, "daß Schüler mir Ideen stehlen, ohne mich zu zitieren". (*Klinisches Tagebuch*, Eintragung vom 12.6.1932)

<sup>55</sup> Frank W. PUTNAM: *'Dissoziative Identitätsstörung. Ein Handbuch'* (Paderborn 2003; Neuauflage: Lichtenau 2013); Onno VAN DER HART/ Ellert R.S. NIJENHUIS/Kathy STEELE: *'Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung'* (Paderborn 2008). Siehe auch bei Claudia FLISS/Ute TIMMERMANN: *'Trauma und Traumafolge: Erklärungsmodelle'*, in: Claudia FLISS/Claudia IGNEY (Hrsg.): *'Handbuch Trauma und Dissoziation'* (Lengerich 2008; Seite 72-97, hier: 91f.)

<sup>56</sup> International Sándor Ferenczi Foundation Budapest (<http://www.ferenczihouse.org/index.htm>), The Sandor Ferenczi Center at The New School for Social Research New York (<http://www.newschool.edu/nssr/subpage.aspx?id=24638>), Ferenczi-Forschungsgruppe am Instituto de Desarrollo Psicológico (InDePsi) Santiago de Chile (<http://www.indepsi.cl/ferenczi/quienes.htm>), Associazione Culturale Sándor Ferenczi Firenze/Italien (<http://www.ferenczi.it/index.html>).

<sup>57</sup> Lewis ARON/Adrienne HARRIS (Hrsg.): *'The Legacy of Sándor Ferenczi'* (New Jersey 1993, 2010); Miguel Gutiérrez PELÁEZ: *'Trauma theory in Sándor Ferenczi's writings of 1931 and 1932'* (Int J Psychoanal, Oxford 2009, 90:1217-1233; Übersetzung aus dem kolumbianischen Spanisch); Jay B. FRANKEL: *'Ferenczi's Trauma Theory'* (The American Journal of Psychoanalysis, March 1998, Volume 58, Issue 1, pp 41-61).

<sup>58</sup> Siehe Hinweis hier auf der letzten Seite.

<sup>59</sup> Die dreibändige Neuauflage ausgewählter Texte Sándor FERENCZIS (*'Zur Erkenntnis des Unbewussten'*, herausgegeben von Helmut DAHMER; Gießen 2004/5) besteht aus Neuauflagen der hier vorrangig zitierten *'Schriften zur Psychoanalyse'* I und II. Der dritte Band enthält vorrangig Aufsätze aus FERENCZIS 1922 erschienenen *'Populären Vorträgen über Psychoanalyse'* und ist eine Wiederauflage der Sammlung *'Zur Erkenntnis des Unbewußten'*, München 1978. Ebenfalls beim Psychosozial-Verlag Gießen wurde das *'Klinische Tagebuch von 1932'* wiederveröffentlicht.

<sup>60</sup> *'Von den toten Zonen des Selbst – Eine Lange Nacht über Sándor Ferenczi und die Traumatherapie'*, von Ulla GOSMANN, Deutschlandfunk 30.10.2010 ([http://www.deutschlandfunk.de/von-den-toten-zonen-des-selbst.704.de.html?drum:article\\_id=85898](http://www.deutschlandfunk.de/von-den-toten-zonen-des-selbst.704.de.html?drum:article_id=85898))



## Einführung

---

umfangreiche Würdigung der "schillernden Persönlichkeit" FERENCZI aus Anlaß seines 75. Todesjahres; dort wurde das Thema *Trauma* mit keinem Wort erwähnt.<sup>61</sup>

Aus gutem Grund hatte traumatherapeutische Forschung und Praxis sich zunächst längere Zeit relativ weit weg von der Psychoanalyse entwickelt. Die Lektüre der hier dokumentierten Arbeiten FERENCZIS ruft vielleicht nicht nur bei mir etwas von dem *Abenteurer Psychoanalyse* wach. Und macht neugierig auf Beiträge der neueren psychoanalytisch begründeten Forschung und Praxis zur Traumatherapie – auch, aber nicht nur auf Grundlage der Arbeit Sándor FERENCZIS.<sup>62</sup>

Das in 125 Jahren psychoanalytischer Forschung und Praxis gewachsene Verständnis für die psychodynamische Vielfalt und Komplexität des Menschen (zumindest in unserer Zivilisation) und insbesondere die damit verbundene entwicklungspsychologische und beziehungstherapeutische Kompetenz kann sich heutzutage austauschen mit den Forschungsergebnissen, den Konzeptionen und therapeutischen Erfahrungen der neurophysiologisch-eklektischen Psychotraumatologie, vor allem im Hinblick auf schwerste Traumatisierungen, sowohl im Kindesalter (familiär oder durch Fremde, mit den Folgen der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit<sup>63</sup>) als auch bei Akuttraumatisierungen Erwachsener. Sándor FERENCZIS therapeutische Aufmerksamkeit ging jedenfalls in beide Richtungen.

17



Am 18.6.1973 entdeckte ich, noch als Internatler, in Koesters Akademischer Buchhandlung Heidelberg Michael BALINTs *'Therapeutische Aspekte der Regression'*; Achim war dabei, ein anderer Internatler (der Kassenbon mit entsprechendem Hinweis klebt in meinem Buch). Schon beim Durchblättern war ich hingerissen: Das Kind im Patienten? Regression als etwas Heilsames? Das schien mir mit meiner eigenen seltsamen Verweigerung zu tun zu haben, "erwachsen zu werden". Typischerweise kaufte ich gleich weiter: BALINTs *'Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse'*. Während ich die erste Entdeckung bis heute als

---

<sup>61</sup> Christof GODDEMEIER: *'Sándor Ferenczi: >Enfant terrible< der Psychoanalyse'* (Ärzteblatt PP 7, Ausgabe Mai 2008, Seite 215)

<sup>62</sup> z.B. bei Tilmann MOSER, Stephan BECKER, Mathias HIRSCH, Jochen PEICHL, Peter FONAGY, Friedrich Wilhelm DENEKE, Ralf VOGT, Werner BOHLEBER, Annelise HEIGL-EVERS/Franz S. HEIGL, Thierry BOKANOWSKI, Ulrich SACHSSE, Luise REDDEMANN, Hans KILIAN, Alfred DREES, Alice MILLER, Alfrun v. VIETINGHOFF-SCHEEL. Manche von ihnen haben sich in ihren eigenen Konzeptionen allerdings entfernt von den psychoanalytischen Schulen.

<sup>63</sup> Ellert NIJENHUIS/Onno VAN DER HART/Kathy STEELE/Helga MATTHESS: *'Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen'* (in: REDDEMANN/HOFMANN/GAST: *'Psychotherapie der dissoziativen Störungen'*, Stuttgart <sup>3</sup>2011, Seite 47-62); Onno VAN DER HART/Ellert R.S.NIJENHUIS/Kathy STEELE: *'Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung'* (a.a.O.); Ellert R.S.NIJENHUIS: *'Somatoforme Dissoziation'* (Paderborn 2006)



## Einführung

---

bedeutsamen Impuls für mein Nachdenken über Frühstörungen und ihre Therapie sehe, war mir das zweite deutlich zu abstrakt. Dort fand ich jedoch den ersten Hinweis auf Sándor FERENCZI! Hinten drin hab ich mir in großen Buchstaben notiert: *S. Ferenczi: die Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde, Int. Z. f. Psa. 24, 1933!* BALINT bezieht sich deutlich zustimmend auf diesen Aufsatz: "Was ich nun getan habe, war, daß ich, den Spuren Ferenczis folgend, diese Gedanken ganz ernst genommen und sie ausführlicher ausgearbeitet habe."<sup>64</sup> Als nächstes fand ich in der heidelberger Politischen Buchhandlung Burckhard einen Raubdruck des *'Versuch einer Genitaltheorie'* – aber damit konnte ich nichts anfangen. Im April 1974 hab ich die beiden Bände *'Schriften zur Psychoanalyse'* erstanden. 1980 entdeckten Ninives & ich beim Stöbern in der Bibliothek der Gesamthochschule Wuppertal (heute: Bergische Universität) die fast revolutionäre Relevanz noch anderer tiefenpsychologischer Erkenntnisse für den gesellschaftlichen Fortschritt. Aber wieso verstaubte das dort? Wieso rezipierte das keiner in unseren alternativen Zeitungen, in der linken Öffentlichkeit?<sup>65</sup> – Als ab 1995 das Thema Psychotrauma in mein Bewußtsein kam, hab ich bald wieder an FERENCZI gedacht. Die hier vorliegende Zusammenstellung der traumatherapeutischen Arbeiten Sándor FERENCZIS möchte bescheiden beitragen sowohl zur derzeitigen Neuentdeckung dieses Mitbegründers der Traumatherapie als auch zum Brückenschlag zwischen psychoanalytischer Traumatologie und Psychotraumatologie.<sup>66</sup>

18



Sándor FERENCZIS psychoanalytischer Schüler Michael BALINT schrieb über ihn:

"Das war Ferenczis Schicksal: es war nicht leicht, ihn in irgendein vorgefertigtes System einzupassen. Er war zu lebendig, zu sensibel und viel zu reaktionsschnell. Er war immer bereit, neue Antworten lang genug auszuprobieren, um durch eine von ihnen zu einer neuen Idee oder einer neuen Einsicht zu gelangen. Zweifellos veranlaßte ihn die spätere Erfahrung, diese neue Idee zu modifizieren oder abzuschwächen, doch in den meisten Fällen war sie aufschlußreich, anregend und – ein weiterer Aspekt von Ferenczis Schicksal – stieß etwas um, das andere Personen noch fest glaubten."<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Ausgabe Frankfurt/M. 1969, Seite 64

<sup>65</sup> Gedankenexperiment: Was hätte werden können, wenn 1970/71 während der Diskussionen rund um das *Sozialistische Patienten-Kollektiv Heidelberg (SPK)* statt des Raubdrucks der *'Genitaltheorie'* ein Sammelband mit den traumarelevanten Texten FERENCZIS zur Verfügung gestanden hätte (vgl. Horst-Eberhard RICHTER: *'Die Gruppe'*; Reinbek 1972, Neuauflage Gießen 1995)? Wenn die Aktivistinnen der '68-Bewegung ihn zur Verfügung gehabt hätten (vgl. Ute KÄTZEL: *'Die 68erinnen'*; Berlin 2002)?

<sup>66</sup> Verbunden mit dankbarer Erinnerung an die Psycho-AG des Schloßgymnasiums Kirchheim/Teck, in der OStR Pfarrer Thilo DINKEL uns in den Jahren 1969-71 psychoanalytische Reflexion nahebrachte.

<sup>67</sup> Michael BALINT: *'Die technischen Experimente Sándor Ferenczis'* (in: *Psyche* 20/21 1966, Seite 904-925)



## Einführung

---

Sándor FERENCZI und Georg GRODDECK begegneten sich 1921 und wurden enge Freunde. 1927 betont FERENCZI in einem Brief: "In meinen Vorträgen werde ich nicht müde, Georg als Vertreter der Psychoanalyse in organicis zu erwähnen und zu rühmen."<sup>68</sup> Einen ahnungsvollen Blick in FERENCZIS seelischen Untergrund ermöglicht ein Brief GRODDECKs an Gizella FERENCZI am 19. Februar 1934, ein knappes Jahr nach Sándors Tod. Dort schreibt er:

"All die letzten Jahre habe ich nur schweren Herzens an Sandors Leben denken können. Er ist seinem Forschergeist zum Opfer gefallen, ein Schicksal, das mir nur durch meinen mangelnden Wissensdurst erspart worden ist. Ich muß zuerst von mir selber sprechen. Schon ehe ich zur Psychoanalyse übergang, war eine Grundlage meines ärztlichen Denkens die Überzeugung, daß im menschlichen Individuum außer der Psyche, mit der sich die Wissenschaft beschäftigt, Tausende und Millionen von mehr oder minder selbständigen Seelenleben existieren, die sich bald so, bald anders gruppieren, miteinander oder gegeneinander arbeiten, auch wohl ganz selbständig zu Zeiten sind. Mit dieser Feststellung habe ich mich begnügt, ich habe nie versucht, diesen Kosmos zu studieren, es liegt eben nicht in meiner Natur, mich mit Dingen abzugeben, die ich für unerforschbar halte.

Bei der engen Freundschaft mit Sandor habe ich dann verhältnismäßig früh gemerkt, daß er diese Dinge ähnlich beurteilte. Aber mit Schrecken sah ich dann, daß er sich daran machte, die Welt Mensch wissenschaftlich zu erkunden, ja wo möglich darzustellen, so daß auch andre an diesem, man kann wohl sagen überwältigenden Schauspiel, teilnehmen könnten. Dieses Streben ist bei ihm übermächtig geworden. Er hat mir gegenüber den Ausdruck gebraucht: ich atomisiere die Seele. Solch ein Atomisieren kann aber nur, wenn es ernsthaft versucht wird, mit der Selbstaflösung enden, denn der andre Mensch ist und bleibt für uns ein Geheimnis; wir können nur unsre eigene Seele atomisieren, und das vernichtet uns. (...) Die äußern Ereignisse haben in dem Leben dieses seltenen Menschen nur soweit Bedeutung gehabt, als er zu den Schenkern gehörte, die immer wieder und wieder geben."<sup>69</sup>

Mondrian Graf v. Lüttichau

---

<sup>68</sup> FERENCZI/GRODDECK, a.a.O., Seite 74.

<sup>69</sup> a.a.O., Seite 88f.





Gizella und Sándor Ferenczi, Elizabeth Severn (*rechts*)



## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

### Zum Text

Sigmund FREUDs auch unter Psychoanalytikern von Anfang an umstrittene *Todestriebhypothese* taucht in seinem Werk zuerst in folgender Formulierung auf:

"Die Spekulation läßt dann diesen Eros vom Anfang des Lebens an wirken und als 'Lebenstrieb' in Gegensatz zum 'Todestrieb' treten, der durch die Belebung des Anorganischen entstanden ist. Sie versucht das Rätsel des Lebens durch die Annahme dieser beider von Uranfang an miteinander ringenden Triebe zu lösen. [Zusatz 1921:] Ursprünglich nannten wir so [*Ichtriebe*] alle jene von uns nicht näher gekannten Triebrichtungen, die sich von den auf das Objekt gerichteten Sexualtrieben abscheiden lassen, und brachten die Ichtriebe in Gegensatz zu den Sexualtrieben, deren Ausdruck die Libido ist. Späterhin näherten wir uns der Analyse des Ichs und erkannten, daß auch ein Teil der 'Ichtriebe' libidinöser Natur ist, das eigene Ich zum Objekt genommen hat. Diese narzißtischen Selbsterhaltungstribe mußten also jetzt den libidinösen Sexualtrieben zugerechnet werden. Der Gegensatz zwischen Ich- und Sexualtrieben wandelte sich in den zwischen Ich- und Objekttrieben, beide libidinöser Natur. An seine Stelle trat aber ein neuer Gegensatz zwischen libidinösen (Ich- und Objekt-)Trieben und anderen, die im Ich zu statuieren und vielleicht in den Destruktionstrieben aufzuzeigen sind. Die Spekulation wandelt diesen Gegensatz in den von Lebenstrieben (Eros) und von Todestrieben um." <sup>70</sup>

21

Spekulationen gehören unabdingbar zu kreativen Denkprozessen. Auch die mit der Todestriebhypothese verbundenen Überlegungen zur Epilepsie gehören zweifellos zu den Irrwegen, die in einer grundlegend neuen wissenschaftlichen Konzeption unvermeidbar sind. Signifikanter für FERENCZIS Intentionen ist, daß er FREUDs Todestriebhypothese *vom Kopf auf die Füße stellt*, sie nämlich bezieht auf konkrete Empfindungen von PatientInnen, die sich in der Kindheit mutmaßlich als "unwillkommene Gäste der Familie" gefühlt haben, als Menschen, die besser nicht da wären – eine häufige und im allgemeinen auch begründete Selbstwahrnehmung, wie wir wissen könnten, falls wir es wahrnehmen wollen. Dieser Aufsatz bedeutet wohl FERENCZIS ersten öffentlichen Hinweis auf seinen thematischen Schwerpunkt der nächsten und leider letzten Lebensjahre. Die erwähnten Symptome, an denen FERENCZI seine Überlegungen festmacht, sind uns heute als (wenn auch unspezifische) Traumafolgesymptome wohlbekannt: nervöse Kreislauf- und Atemstörungen, Appetitlosigkeit und Abmagerung, Sprechkrämpfe, labiles Immunsystem, Suizidversuche, Selbsterstörungen, Alkoholismus.

Auf die Welt kommen, ohne versorgt und behütet zu werden von Erwachsenen, bedeutet von der phylogenetischen Vorgabe her für ein Menschenkind den Tod. Daß Signale des Nichtversorgtwerdens für kleine Kinder darum als Lebensbedrohung empfunden werden können, liegt auf der Hand.<sup>71</sup> Vorstellbar ist, daß derartige Signale auch in der späteren Kindheit Auslöser sein können für Todesangst. FERENCZIS psychoanalytischer Schüler René SPITZ wurde

---

<sup>70</sup> Sigmund FREUD: *Jenseits des Lustprinzips* (6. Kapitel, Wien 1920, Fußnote 85, Seite 66)

<sup>71</sup> Siehe hierzu Peter ORBAN: *Psyche und Soma. Über die Sozialisation der Körpers* (Wiesbaden 1981; Neuauflage mit einem Nachwort von Tilmann MOSER: Frankfurt/M.1988)

## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

---

in den nachfolgenden Jahrzehnten zum bedeutenden Erforscher gestörter Mutterbeziehungen des Säuglings bei inkohärenten Stimuli (aktive und passive Ablehnung des Kindes, Überfürsorglichkeit, abwechselnd Feindseligkeit und Verwöhnung, durch Freundlichkeit verdeckte Ablehnung). Das Aufwachsen in einer lieblosen "Empfangswelt" war im Zusammenhang mit schizophrenen Psychosen Thema des finnischen Psychiaters Martti SIIRALA<sup>72</sup> wie auch bereits 1940 der Psychoanalytikerin Gertrud (Boller-)SCHWING.<sup>73</sup> Mit FERENCZIS Interpretation des *Todestriebs* in diesem Zusammenhang korrelieren spätere Überlegungen Alexander MITSCHERLICHs darüber, daß das Kind die in Erziehungsprozessen verwurzelten Strafprozeduren gegebenenfalls mit ungemildeter Todesangst empfindet. Solche phylogenetisch begründete Lebensbedrohung könnte Grundlage der unter Erwachsenen weitverbreiteten Angst vor sozialer Isolation sein; auch die irrationale Macht gesellschaftlicher Normen ließe sich in diesem Zusammenhang besser erklären.<sup>74</sup>

"Das Kind muß durch ungeheuren Aufwand von Liebe, Zärtlichkeit und Fürsorge dazu gebracht werden, es den Eltern zu verzeihen, daß sie es ohne seine Absicht zur Welt brachten, sonst regen sich alsbald die Zerstörungstriebe." – Mit dieser bis heute geradezu revolutionären Überlegung ist FERENCZI wieder sehr nah bei Janusz KORCZAK: Wir Erwachsene schulden den Kindern (im Kindesalter) unsere Zuwendung, nicht andersrum!<sup>75</sup>

FERENCZIS Schlußbemerkungen lassen ahnen, daß er sich hinsichtlich seiner theoretischen Neukonzeptionen häufig *zwischen Scylla und Karybdis* wiederfand: Einerseits in Sorge, es mit FREUD und dem psychoanalytischen Konsens nicht (ganz) zu verderben, andererseits den grundlegenden Gegnern der Psychoanalyse keine Argumente zu liefern.

22

---

<sup>72</sup> Martti SIIRALA: *'Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit'* (Göttingen 1961, Neuausgabe Eschborn 2000)

<sup>73</sup> Gertrud (Boller-)SCHWING: *'Ein Weg zur Seele des Geisteskranken'* (Zürich 1940). BOLLER-SCHWING (1905-1993) war ursprünglich Krankenschwester und entwickelte eine an nachholender "Mütterlichkeit" orientierte Therapieform für psychotische PatientInnen. Sie war langjährige Mitarbeiterin Paul FEDERNS und bezieht sich in ihrem Buch auch auf Istvan HOLLÓS, den Pionier der Psychotherapie von Psychotikern und ungarischen Weggefährten FERENCZIS.

<sup>74</sup> Alexander MITSCHERLICH: *'Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft'* (München 1963, Seite 86ff.); siehe auch Hans KILIAN: *'Das enteignete Bewußtsein'* (Neuwied 1971) und Arno GRUEN: *'Der Wahnsinn der Normalität'* (München 1987) – Im nachfolgenden Vortrag (*'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'*) betont FERENCZI, daß "reale Erschütterungen und Konflikte mit der Umwelt (...) der Formulierung neurosogener psychischer Mächte, so z. B. auch der des Gewissens, immer vorausgehen".

<sup>75</sup> Dies läßt sich extrapolieren über das Kleinkindalter hinaus: Konsumistische Ersatzbefriedigung, Drogen, Ausländerfeindlichkeit und sinnlose Zerstörungen im öffentlichen Raum sind heute typische (Selbst-) Zerstörungsformen einer jungen Generation, die mehrheitlich "nicht gebraucht wird"; als Kriegseuphorie äußerte es sich zu anderen Zeiten, wenn junge Menschen orientierungslos waren in der sie schlecht empfangenden Welt (vgl. beispielsweise Heinrich HAUSER: *'Kampf'*, Jena 1934, Neuausgabe Berlin 2014).



## Sándor Ferenczi: Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb<sup>76</sup>

In einer kleinen Arbeit über *'Kälte, Krankheit und Geburt'*<sup>77</sup> führte Ernest JONES – anknüpfend an Gedankengänge meiner *'Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes'*<sup>78</sup> (sowie an damit zusammenhängende Ideen von TROTTER, STÄRCKE, ALEXANDER und RANK) – die Neigung so vieler Menschen zu Erkältungskrankheiten teilweise auf frühinfantile traumatische Eindrücke, insbesondere auf Unlustempfindungen zurück, die das Kind bei der Entfernung aus dem warmen mütterlichen Milieu empfinden und später nach dem Gesetz des Wiederholungszwanges immer wieder neu erleben muß. Die Folgerungen von JONES waren hauptsächlich auf physiopathologische, zum Teil aber auch auf analytische Überlegungen gegründet. In der nun folgenden kurzen Mitteilung möchte ich einen ähnlichen, aber ein etwas weiteres Gebiet berührenden Ideengang veröffentlichen.

Seit der epochemachenden Arbeit FREUDs über die nicht weiter analysierbaren Triebgrundlagen alles Organischen (in *'Jenseits des Lustprinzips'*)<sup>79</sup> haben wir uns daran gewöhnt, alle Lebenserscheinungen, auch die Erscheinungen des Seelenlebens, schließlich als ein Gemisch von Äußerungsformen der zwei Grundtriebe: des Lebens- und des Todestriebes, zu betrachten. Ein einziges Mal hörten wir von FREUD auch die Zurückführung einer pathologischen Erscheinung auf die fast vollkommene Entmischung der zwei Haupttriebe; seiner Vermutung nach äußert sich in der Symptomatik der *Epilepsie* das Toben einer von den Hemmungen des Lebenwollens fast freien Tendenz zur Selbstvernichtung. Psychoanalytische Untersuchungen haben mich seither in der Plausibilität dieser Auffassung gestärkt. Ich weiß von Fällen, in denen der epileptische Insult sich an unlustvolle Erlebnisse anschloß, die dem Patienten das Leben kaum mehr lebenswert erscheinen ließen. (Natürlich will ich damit über das Wesen der Attacke selbst nichts Definitives ausgesagt haben.)

---

<sup>76</sup> (1929), in: *'Schriften zur Psychoanalyse II'* (a.a.O., Seite 251-256)

<sup>77</sup> in: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse IX* (Wien 1923, Heft 3). Es handelt sich um eine Festschrift zu Ehren FERENCZIS, deren Beiträge sich nach meinem Verständnis allerdings durchweg im damaligen psychoanalytischen Mainstream halten und auf FERENCZIS genuine Arbeiten kaum beziehen.

<sup>78</sup> (1913), in: *'Schriften zur Psychoanalyse I'* (a.a.O., Seite 148-163)

<sup>79</sup> Sigmund FREUD: *'Jenseits des Lustprinzips'* (Wien/Zürich 1920)

## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

---

Als leitender Arzt eines Kriegslazarets hatte ich unter anderem die Aufgabe, mich über die Diensttauglichkeit vieler Epileptiker zu äußern. Nach Ausschluß der nicht seltenen Fälle von Simulation und der hysterischen Anfälle verblieb eine Serie mit typischen epileptischen Erscheinungen, an der ich die Äußerungen des Todestriebes näher untersuchen konnte. Nach Ablauf der tonischen Starre und der klonischen Zuckungen folgte meist – bei noch immer andauerndem tiefen Koma mit Pupillenstarre – völlige Relaxation der Muskulatur und äußerst penibles, offenbar durch Erschlaffung der Zungen- und Kehlkopfmuskeln verursachtes, höchst insuffizientes, stridoröses<sup>80</sup> Atmen. In diesem Stadium nun vermochte sehr oft ein kurzdauerndes Verlegen der noch passiblen Luftwege den Anfall zu kupieren. In anderen Fällen mußte dieser Versuch wegen drohender Erstickungsgefahr unterbrochen werden. Es lag nahe, hinter dieser Verschiedenheit in bezug auf die Tiefe des Komas eine Differenz bezüglich der Vollkommenheit der Triebentmischung zu vermuten. Die tiefere analytische Durchdringung dieser Fälle war aber durch äußere Umstände leider verhindert.

Einen etwas tieferen Einblick in die Genese von unbewußten Selbstzerstörungstendenzen erhielt ich bei der Analyse von nervösen Kreislauf- und Atemstörungen, insbesondere von *Asthma bronchiale*, doch auch von anatomisch nicht erklärbaren Fällen vollkommener *Appetitlosigkeit* und Abmagerung. Alle diese Symptome paßten gelegentlich vollkommen zur psychischen Gesamttendenz der Patienten, die viel mit Selbstmordneigungen zu kämpfen hatten. Auch die retrospektive Analyse einiger Fälle von infantilem *Glossiskampf*<sup>81</sup> mußte ich in zwei Fällen als Selbstmordversuch durch Selbsterdrosselung deuten. In der Analyse dieser letzteren Fälle nun kam ich zu jener Mutmaßung, die ich hier mitteilen möchte, in der Hoffnung, daß ein weiterer Kreis von Beobachtern (ich denke da besonders an Kinderärzte) weiteres Material zu ihrer Stütze beibringen wird.

Beide Patienten kamen sozusagen als unwillkommene Gäste der Familie zur Welt. Der eine als zehntes Kind der offenbar stark überlasteten Mutter, der andere als Nachkomme des todkranken, bald darauf auch wirklich verstorbenen Vaters. Alle Anzeichen sprechen dafür, daß diese Kinder die bewußten und unbewußten Merkmale der Abneigung oder Ungeduld der Mutter wohl bemerkt und durch sie in ihrem Lebenwollen geknickt wurden. Im späteren Leben genügten dann verhältnismäßig geringe Anlässe zum Sterbenwollen, auch wenn dieses durch starke Willensanspannung kompensiert wurde. Moralischer und philosophischer Pessimismus, Skeptizismus und Mißtrauen wurden hervorstechende Charakterzüge bei ihnen. Man konnte auch von schlechtverhüllter Sehnsucht nach (passiver) Zärtlichkeit, von Arbeitsunlust, von

---

<sup>80</sup> Krankhafte Atemgeräusche durch Verengung der Luftwege. In der Vorlage fälschlich "stertoröses".

<sup>81</sup> Krampf der Stimmbänder im Kehlkopf (*Anmerkung in der Vorlage*)

## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

---

Unfähigkeit zu längerer Kraftanspannung, also von einem gewissen Grade von emotionellem Infantilismus sprechen, natürlich nicht ohne Versuche einer forcierten Charakterbefestigung. Als ein besonders schwerer Fall von seit Kindheit bestehender Lebensunlust entpuppte sich der Fall von Alkoholismus bei einer noch jugendlichen Dame, die natürlich auch Schwierigkeiten in der analytischen Situation wiederholt zum Anlaß zu nur schwer beherrschbaren Selbstmordimpulsen nahm. Sie kann sich erinnern, aber auch Mitglieder ihrer Familie bestätigen es, daß sie als drittes Mädchen einer knabenlosen Familie höchst unliebsam empfangen wurde. Sie fühlte sich natürlich unschuldig und trachtete durch frühreifes Grübeln den Haß und die Ungeduld der Mutter zu erklären. Eine Neigung zu kosmologischer Spekulation mit einem Einschlag von Pessimismus behielt sie zeitlebens bei. Ihre Grübeleien über die Herkunft alles Lebendigen waren gleichsam nur die Fortsetzung der unbeantwortet gebliebenen Frage, warum man sie denn überhaupt zur Welt gebracht hat, wenn man sie nicht freundlich zu empfangen gewillt war. Wie bei allen anderen, so auch in diesem Fall war natürlich der Ödipuskomplex eine Kraftprobe, der die Patientin nicht gewachsen war, ebensowenig wie den zufällig ungewöhnlich großen Schwierigkeiten der Anpassung ans Eheleben; sie blieb frigid, gleichwie alle anderen von mir beobachteten "unwillkommenen Kinder" männlichen Geschlechts unter mehr oder minder schweren Störungen der Potenz litten. Die von JONES in ähnlichen Fällen postulierte Neigung zu Erkältungen war vielfach vorhanden; in einem speziellen Fall sogar ganz besondere, organisch schwer erklärbare, hochgradige Abkühlung bei Nacht mit subnormalen Temperaturen.

Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, die Semiotik dieses hier nur ätiologisch gemeinten Erkrankungstypus auch nur halbwegs zu erschöpfen; dazu reicht, wie schon angedeutet, die Erfahrung eines Einzelnen nicht aus. Ich wollte nur auf die Wahrscheinlichkeit dessen hinweisen, daß barsch und unliebenswürdig empfangene Kinder leicht und gerne sterben. Entweder benützen sie eine der vielen gegebenen organischen Möglichkeiten zum raschen Abgang, oder wenn sie diesem Schicksal auch entgehen, behalten sie einen Anflug von Lebensunlust und Pessimismus.

Diese ätiologische Annahme fußt auf einer von der geläufigen verschiedenen theoretischen Auffassung über die Wirksamkeit der Lebens- und Todestriebe in den verschiedenen Lebensaltern. Geblendet durch die imposante Wachstumsentfaltung am Lebensbeginn, war man zur Ansicht geneigt, daß bei den eben zur Welt gebrachten Individuen die Lebenstriebe bei weitem überwiegen; überhaupt war man geneigt, Todes- und Lebenstriebe als einfache Ergänzungsreihen vorzustellen, in denen das Lebensmaximum am Beginn des Lebens, der Nullpunkt des Lebenstriebe aber im späteren Alter gedacht war. Dem scheint nun nicht ganz so zu sein. Allerdings entfalten

## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

---

sich die Organe und ihre Funktionen intra- und extrauterin am Lebensanfang in überraschender Fülle und Schnelligkeit – doch nur unter den ganz besonders günstigen Bedingungen des Keim- und Kinderschutzes. Das Kind muß durch ungeheuren Aufwand von Liebe, Zärtlichkeit und Fürsorge dazu gebracht werden, es den Eltern zu verzeihen, daß sie es ohne seine Absicht zur Welt brachten, sonst regen sich alsbald die Zerstörungstrieb. Und das ist eigentlich nicht zu verwundern; ist doch der Säugling dem individuellen Nichtsein noch viel näher und ihm nicht durch Lebenserfahrung entrückt wie der Erwachsene. Das Zurückgleiten in jenes Nichtsein mag also bei den Kindern viel leichter vor sich gehen. Die den Schwierigkeiten des Lebens standhaltende "Lebenskraft" ist also nicht eigentlich angeborenerweise von großer Stärke, sondern sie befestigt sich anscheinend nur, wenn taktvolle Behandlung und Erziehung eine fortschreitende Immunisierung gegen physische und psychische Schäden allmählich herbeiführen. Entsprechend dem Abstieg der Morbiditäts- und Mortalitätskurve im mittleren Lebensalter dürfte also der Lebenstrieb den Vernichtungstendenzen erst im Alter der Reife die Waage halten.

Wollen wir die Fälle dieser Ätiologie in die von FREUD so frühzeitig und doch so erschöpfend gegebenen neurotischen "Erkrankungstypen" einreihen, so müssen wir sie etwa an der Übergangsstelle der rein endogenen und der exogenen, d. h. Versagungsneurosen, unterbringen. Die so frühzeitig lebensunlustig werdenden machen den Eindruck von Lebewesen mit mangelhafter Anpassungsfähigkeit, ähnlich denen, die nach der Gruppierung FREUDS an einer mitgebrachten Schwäche ihrer Lebensfähigkeit leiden, doch mit dem Unterschied, daß in unseren Fällen das Angeborensein der Kränklichkeit durch die Frühzeitigkeit des Traumas vorgetäuscht wird. Natürlich bleibt es eine noch zu lösende Aufgabe, die feineren Unterschiede der Neurosensymptomatik bei den von Anfang an mißhandelten und jenen Kindern festzustellen, die anfangs enthusiastisch, ja mit leidenschaftlicher Liebe behandelt, dann aber "fallen gelassen" wurden.

Nun erhebt sich natürlich die Frage, ob ich auch zur speziellen Therapie dieser Erkrankungsgruppe etwas zu sagen habe. Entsprechend meiner anderwärts mitgeteilten Versuche einer "Elastizität" der analytischen Technik<sup>82</sup>, sah ich mich in diesen Fällen von verminderter Lebenslust allmählich gezwungen, in den Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Patienten während der Kur mehr und mehr nachzulassen. Schließlich stellte sich eine Situation heraus, die man nicht anders beschreiben kann, als daß man die Patienten eine Weile, gleichsam wie ein Kind, gewähren lassen muß, nicht unähnlich jener "Vorbehandlung", die ANNA FREUD bei der Analyse von Kindern für

---

<sup>82</sup> 'Die Elastizität der psychoanalytischen Technik' (1928), in: 'Schriften zur Psychoanalyse II' (a.a.O., Seite 237-250)



## Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

---

notwendig hält. Durch dieses Gewährenlassen läßt man diese Patienten eigentlich erstmalig die Unverantwortlichkeit des Kindesalters genießen, was gleichbedeutend ist mit der Einführung *positiver* Lebensimpulse und Motive für die spätere Existenz. Erst später kann man vorsichtig an jene Versagungsforderungen herangehen, die unsere Analysen sonst kennzeichnen. Natürlich muß aber auch diese, wie jede andere Analyse, mit der Abtragung der unvermeidlich geweckten Widerstände und mit der Anpassung an die versagungsvolle Realität enden, hoffentlich aber ergänzt durch die Fähigkeit, das Glück, wo es real gegeben ist, auch zu genießen.

Eine von der ichpsychologischen Richtung<sup>83</sup> einseitig beeinflusste, sonst sehr intelligente Dame machte mir, als ich von der Wichtigkeit der Zuführung "positiver Lebensimpulse", d. h. von der Zärtlichkeit Kindern gegenüber, sprach, sofort den Einwand, wie denn dies mit der von der Psychoanalyse behaupteten Bedeutung der Sexualität in der Verursachung der Neurosen zu vereinbaren sei. Die Antwort fiel mir nicht schwer; mußte ich doch in der "Genitaltheorie"<sup>84</sup> die Ansicht befürworten, daß die Lebensäußerungen der kleinsten Kinder fast ausschließlich libidinös (erotisch) sind, diese Erotik aber, *eben wegen ihrer Ubiquität*, unauffällig ist. Erst nach Ausbildung eines besonderen Organs für Erotik macht sich die Sexualität unverkennbar und unablegbar. Damit will ich auch allen jenen geantwortet haben, die aus Anlaß dieser Mitteilung die libido-theoretische Neurosenlehre FREUDs angreifen sollten. Übrigens wies ich bereits darauf hin, daß oft erst die Kämpfe des Ödipuskonfliktes und die Anforderungen der Genitalität die Folgen der früherworbenen Lebensunlust manifest werden lassen.

---

<sup>83</sup> Gemeint ist hier wohl nicht die psychoanalytische Ich-Psychologie, deren offizielle Anfänge erst 1936 bei ANNA FREUDs Werk *'Das Ich und die Abwehrmechanismen'* liegen; allerdings gilt als erster Ansatz dazu FERENCZIs Aufsatz *'Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes'* (1913; *'Schriften zur Psychoanalyse I'*, a.a.O., Seite 148-163). FERENCZI gebrauchte den Ausdruck *Ichpsychologie* zustimmend schon in seinem hier direkt folgenden oxfordener Vortrag *'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'* (1930). Jedoch deutet auch seine Ironie darauf hin, daß er sich hier wohl auf Alfred ADLERS Individualpsychologie bezieht, in deren Mittelpunkt das "Ich" steht. Sie wird unter Psychoanalytikern meines Wissens bis heute kaum ernstgenommen.

<sup>84</sup> Sándor FERENCZI: *'Versuch einer Genitaltheorie'* (1924, in: *'Schriften zur Psychoanalyse II'*, a.a.O., Seite 317-400)



---

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

### Zum Text

Bereits 1924 hatten Sándor FERENCZI und Otto RANK<sup>85</sup> eine Diskussion zu Grundprinzipien der damaligen Psychoanalyse angeregt, mit der sie den Bruch mit Sigmund FREUD riskierten.<sup>86</sup> Ihr gemeinsames Buch besteht aus zwei Teilen. Zunächst kritisiert FERENCZI den "Deutungsfanatismus" sowie die "Symptomanalyse" der orthodoxen Analytiker. – FREUD hatte 1914 den Schwerpunkt der analytischen Arbeit auf das *Erinnern* gelegt. Für ihn galt das Wiederholen als Abwehr der Erinnerung und somit als Widerstand. Demgegenüber betonten RANK und FERENCZI das *Wiederholen*, das zwar als Widerstand fungieren kann, aber nicht muß. Wie kann etwas erinnert werden, das noch nie zuvor bewußt war, fragen die Autoren. Sie denken dabei an frühkindliche, vor allem auch präverbale Erfahrungen. Damit lassen FERENCZI und RANK einen Paradigmenwechsel in der psychoanalytischen Technik anklingen, der in FERENCZIS Arbeit mit sexuell frühtraumatisierten Patientinnen erste Ergebnisse zeitigte. FERENCZIS oxforder Vortrag von 1930 ist ein nächster öffentlicher Schritt zu diesem Paradigmenwechsel.<sup>87</sup>

FERENCZI zeigt hier im Hinblick auf den mindestens impliziten Widerspruch zu bestimmten Annahmen Sigmund FREUDs viel Augenmaß. So betont er zunächst, eine zeitweise Vernachlässigung einzelner konzeptioneller Aspekte bedeute nicht gleich "Widerruf" bei jemandem, der – wie FREUD – in lebenslanger Arbeit eine umfassende Psychologie und Weltanschauung entwickelt.<sup>88</sup> Zudem ist FERENCZI natürlich klar, daß er seine konzeptionellen Hypothesen nicht explizit *gegen Freud* etablieren kann in der psychoanalytischen Szene. So knüpft er in seinem oxforder Vortrag an FREUDs konzeptionelle Weiterarbeit mit den angeblichen "hysterischen Lügen" (über sexuelle Traumatisierungen) an. FERENCZI kommt zwar zu anderen Schlußfolgerungen als FREUD, kann diese jedoch dadurch auf einen vom Meister vorgegebenen Theorieartikel beziehen, – wobei er FREUD im selben Gedankengang noch elegant zum Retter der Psychoanalyse proklamiert! Später weist er darauf hin, daß FREUDs technische Ratschläge nur "Mahnungen für den Anfänger" seien, keine "Weisungen".<sup>89</sup> – Wenn er schließlich seine eigene Entdeckung der freudschen Psychoanalyse mit bestimmten

---

<sup>85</sup> Otto RANK (1884-1939) war von 1906-1924 enger Mitarbeiter Sigmund FREUDs. Er war Schriftleiter der psychoanalytischen Zeitschriften *Imago* und *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. Ab 1919 leitete er den *Internationalen Psychoanalytischen Verlag*. Unter anderem in seiner grundlegenden Arbeit *'Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse'* (Wien 1924) stellt er die Mutterbindung in den Mittelpunkt seiner Theorie und relativiert damit den *Ödipuskomplex*, ein psychoanalytisches Axiom. 1926 kam es in diesem Zusammenhang zum Bruch mit FREUD. Siehe die umfassende Biografie von E. James LIEBERMANN: *'Otto Rank. Leben und Werk'* (Gießen 1997)

<sup>86</sup> Sándor FERENCZI/Otto RANK: *'Entwicklungsziele der Psychoanalyse'* (Leipzig/Wien/Zürich 1924)

<sup>87</sup> Siehe auch André HAYNAL: *'Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint'* (Frankfurt/M. 1989), allerdings mit Schwerpunkt auf weiterführende Arbeiten von FERENCZIS Schüler Michael BALINT.

<sup>88</sup> Heutzutage entspricht es in manchen Kreisen offenbar politischer Korrektheit, FREUD aufgrund seines "Widerrufs der Verführungstheorie" einer Täter-Kategorie zuzuordnen. Dies ist keine Intention der vorliegenden Dokumentation.

<sup>89</sup> Eine entsprechende Formulierung findet sich in: Sigmund FREUD: *'Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung'* (GW Band 8; Frankfurt/M. 1999, Seite 454-478)

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

Forschungen von FREUDs abtrünnigem "Kronprinzen" C. G. JUNG begründet, liegt darin zwar einerseits die Aussage: *Ich bin nicht bei Jung geblieben, sondern "enthusiastisch" zu Freud gegangen*, – andererseits aber auch der Hinweis: *Ohne Jungs Forschungen wäre ich vielleicht garnicht zu Freud gekommen*. (Zumal die erwähnten Assoziationsexperimente JUNGs wiederum zu tun haben mit FERENCZIs aktuellem Nachdenken über Dissoziation!)<sup>90</sup>

FERENCZIs psychoanalytische Aufmerksamkeit richtete sich auf das gesamte Spektrum der in der therapeutischen Praxis anzutreffenden Symptome und Diagnosen; wie bereits erwähnt, wurden seine Impulse von PsychotherapeutInnen der nächsten Generationen in verschiedenste Weiterentwicklungen aufgenommen. Auch in diesem Vortrag scheint es zunächst um allgemeine Überlegungen zur psychoanalytischen *Technik* zu gehen (die in ihrer Essenz jedoch heute zur Grundlage des traumatherapeutischen state of the art gehören). Im IV. Teil leitet FERENCZI über zur psychoanalytischen *Theorie* und geht mit an Deutlichkeit kaum zu übertreffenden Formulierungen in medias res: "Den ersten Anstoß zur Schaffung abnormer Entwicklungsrichtungen gaben immer traumatische, schockartig wirkende *reale Erschütterungen und Konflikte mit der Umwelt*. (...) Die hysterischen Phantasien lügen nicht." Ab jetzt kommen PatientInnen mit dissoziativen Symptomen in den Fokus seines Referat, die FERENCZI explizit in Zusammenhang mit (sexuellen) Traumaerfahrungen in der Kindheit stellt. Bevor FERENCZI das Neue elegant wieder verwebt mit dem Konsens des psychoanalytischen Strukturmodells, klingt der eigentliche Vortrag aus mit dem wohl weltweit ersten Impuls zur Konzeption von Traumafachkliniken!

29

Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang ein mit *17. VIII. 1930* datiertes Fragment '*Zum Thema Neokatharsis*', das hier an anderer Stelle dokumentiert ist. Zweifellos handelt es sich um eine verworfene Passage dieses Vortrags. Dort und auch hier wird erstmals jener "Trancezustand" erwähnt, der von nun an im Fokus seiner analytischen Arbeit mit TraumapatientInnen liegt. Am Anfang stand etwas Naturwüchsiges: "Die Patienten nennen es gerne Trance"<sup>91</sup>, später spricht FERENCZI von "tiefer Trance" und "traumatischer Trance". Sacht läßt er anklingen, daß dieses bei TraumapatientInnen vorgefundene Phänomen mit Hilfe seines *Relaxationsprinzips* einen therapeutischen Zugang zu den Traumaerinnerungen bieten könnte.<sup>92</sup> In seinem letzten Vortrag<sup>93</sup> etabliert er die "analytische Trance". FERENCZI ist hier auf dem Weg

<sup>90</sup> Den (mit FREUDs Kritiker Pierre JANET assoziierten) Begriff "Dissoziation" gebrauchte FERENCZI offenbar niemals – zumindest nicht öffentlich. In seinen öffentlichen Verlautbarungen finden sich meist Umschreibungen in Verbindung mit dem psychoanalytisch konsensuellen Begriff "Verdrängung", selten auch "(Ab-)Spaltung", einmal als explizite Neuschöpfung: "Narzibitische Selbstspaltung". In seinen Notizen hatte er jedoch bereits 1930 den grundsätzlichen Unterschied zwischen beiden Phänomenen formuliert (*'Zur analytischen Konstruktion seelischer Mechanismen'*); dort verwendet FERENCZI meist die Begriffe "(Ab-)Spaltung", "Zersplitterung" oder "Fragmentierung". Im *Klinischen Tagebuch* findet sich einmal die Formulierung: "psychische Fragmente und Elemente werden dissoziiert" (25. März 1932). – Psychotraumatologische Erkenntnisse lassen den Schluß zu, daß es sich tatsächlich um neurophysiologisch unterschiedliche Phänomene handelt. In psychoanalytisch orientierten Kreisen besteht teilweise bis heute die Neigung, traumabedingte Dissoziation mit dem Verdrängungsmodell erklären zu wollen. Dies geschieht interessengeleitet auch im Zusammenhang mit dem Versuch, die Existenz von traumabedingten Amnesien zu bezweifeln.

<sup>91</sup> in dem nächstfolgenden Vortrag '*Kinderanalysen mit Erwachsenen*' – "meinetwegen Auto-Hypnose", fügte er wie nebenbei hinzu; diesen Begriff schmuggelt er bereits in den oxforder Vortrag ein.

<sup>92</sup> Siehe hierzu auch FERENCZIs Notizen '*Zur Revision der Traumdeutung*' innerhalb des posthum veröffentlichten Kompilats '*Gedanken über das Trauma*', hier an anderer Stelle dokumentiert.

<sup>93</sup> '*Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind*' (hier in der Folge)



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

zu hypnotherapeutischen Möglichkeiten, die mittlerweile selbstverständlicher Bestandteil der psychotraumatologisch-eklektischen Traumatherapie geworden sind.<sup>94</sup>

Obwohl FERENCZI eindeutig das "frühzeitige Forcieren genitaler Sensationen" beim Kind, die "Inzestneigung der Erwachsenen" als schädigend erkennt, scheint er manchmal geneigt, die mit Mißbrauchshandlungen einher gehenden Doppelbotschaften (Leugnen und Strafen durch Täter und andere Erwachsene) als schwerwiegendere Traumatisierung anzunehmen. Diese Prioritätenfrage führte in den 70er/80er Jahren zu pädosexuell orientierten Standpunkten und Argumentationen. Heutzutage würde FERENCZIS Hinweis auf eine "Bereitwilligkeit der Kinder, auf Genitalerotik einzugehen" als *politisch unkorrekt* gelten. Allerdings müssen wir davon ausgehen, daß auch FERENCZI nichts ahnte von der Größenordnung, in der sexuelle Gewalt gegen Kinder und jüngere Jugendliche ausgeübt wird. Nicht von ungefähr schreibt er manchmal im Zusammenhang mit Inzest von "Liebesanträgen" eines Vaters an die kindliche Tochter.

---

<sup>94</sup> In seiner lesenswerten Arbeit *'Introjektion und Übertragung'* (1909; in: *'Schriften zur Psychoanalyse I'*, a.a.O., Seite 12-47) berichtet FERENCZI von seinen eigenen frühen Erfahrungen mit Hypnose. Schon dieser Aufsatz zeigt grundlegende Überlegungen und Schlußfolgerungen, die später im Zusammenhang mit der Therapie von TraumapatientInnen relevant werden sollten.

## Sándor Ferenczi: Relaxationsprinzip und Neokatharsis <sup>95</sup>

Meine Damen und Herren!

Höchstwahrscheinlich wird mancher von Ihnen nach Anhören meines Vortrages den Eindruck gewinnen, ich hätte ihm ungebührlich den Titel "Fortschritte der Technik" gegeben, sein Inhalt verdiente eher die Einschätzung als Rückschritt oder Reaktion. Aber dieser Eindruck wird hoffentlich bald vor der Überlegung weichen, daß auch die Rückkehr zu einer älteren, unverdient vernachlässigten Tradition die Wahrheit fördern kann; und ich meine wirklich, daß es in solchen Fällen nicht allzu paradox ist, die Betonung des Alten als wissenschaftlichen Fortschritt hinzustellen. FREUDS psychoanalytische Forschungen umfassen ein ungeheures Gebiet, außer dem individuellen Seelenleben auch die Massenpsychologie, die Kulturgeschichte der Menschheit, ja neuerdings erstrecken sie sich auf die letztmöglichen Vorstellungen über Leben und Tod. Auf dem Wege der Entwicklung einer bescheidenen psychotherapeutischen Arbeitsmethode zu einer vollwertigen Psychologie und Weltanschauung mußte sich der Entdecker bald auf dieses, bald auf jenes Territorium der Forschung konzentrieren und alles andere vorläufig beiseite schieben. Solche Vernachlässigung früherer Einsichten bedeutet natürlich durchaus nicht das Aufgeben oder den Widerruf derselben. Wir Schüler aber haben die Neigung, den grade geäußerten Worten des Meisters allzu wörtlich zu folgen, die letztgefundene Wahrheit für die einzige zu proklamieren und so gelegentlich in die Irre zu gehen. Meine persönliche Stellung in der analytischen Geistesbewegung formte mich zu einem Mittelding von Schüler und Lehrer, und diese Doppelstellung berechtigt und befähigt mich vielleicht dazu, auf solche Einseitigkeiten hinzuweisen und, ohne auf das Gute im Neuen zu verzichten, für die Würdigung des Altbewährten zu plädieren.

Die enge und fast unlösliche Zusammengehörigkeit der technischen Arbeitsmethode mit dem Wissensgehalt in der Psychoanalyse bringt es mit sich, daß ich meinen Vortrag nicht aufs Technische beschränken kann, sondern auch ein Stück des Inhaltlichen revidieren muß. In der Vorgeschichte der Psychoanalyse, deren knappste

---

<sup>95</sup> Veröffentlicht 1930, nach einem auf dem XI. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Oxford im August 1929 unter dem Titel 'Fortschritte der Psychoanalytischen Technik' gehaltenen Vortrag. Hinweis in der Originalausgabe/Quelle: 'Schriften zur Psychoanalyse, Band II' (a.a.O., Seite 257-273)

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Zusammenfassung ich nun vorausschicken will, war von einer solchen Trennung noch nicht die Rede. Aber auch in der darauffolgenden Periode war die Sonderung des Technischen vom Theoretischen nur eine künstliche, didaktischen Rücksichten entspringende.

### I

Die kathartische Therapie der Hysterie, die Vorläuferin der Psychoanalyse, war die gemeinsame Entdeckung einer genialen Kranken und eines verständnisvollen Arztes. Die Patientin machte an sich selbst die Erfahrung, daß einzelne ihrer Symptome schwanden, wenn es gelang, die in ihren Ausnahmeständen geäußerten Fragmente ihrer Rede und ihres Gehabens mit vergessenen Eindrücken aus ihrem Vorleben in Verbindung zu bringen. Das außerordentliche Verdienst BREUERS war, daß er nicht nur den methodischen Weisungen der Patientin gefolgt ist, sondern auch an die Realität der auftauchenden Erinnerungen geglaubt und sie nicht, wie üblich, von vornherein als phantastische Erfindungen einer Geisteskranken abgelehnt hat.<sup>96</sup> Allerdings hatte diese Glaubensfähigkeit BREUERS ihre eng gesteckten Grenzen. Er konnte seiner Patientin nur so lange folgen, als sich deren Äußerungen und Haltung im Rahmen des Kultivierten bewegt hatten. Sobald sich die ersten Äußerungen des ungehemmten Trieblebens meldeten, ließ BREUER nicht nur die Patientin, sondern die ganze Methode im Stich. Auch die übrigens äußerst tiefgreifenden theoretischen Folgerungen BREUERS beschränken sich möglichst auf das rein Intellektuelle oder aber knüpfen sie, alles Emotiv-Psychische überspringend, unmittelbar ans Physikalische an.

Ein Stärkerer mußte kommen, der auch vor dem Instinktiven und Tierischen in der seelischen Organisation des Kulturmenschen nicht zurückwich; es ist wohl überflüssig, Ihnen seinen Namen zu nennen. FREUDS Erfahrungen drängten unaufhaltsam zur Annahme von sexuellen Infantilträumen als *conditio sine qua non* in allen Fällen der Neurosen. Doch als in einigen Krankheitsfällen die Angaben der Patienten sich nicht als stichhaltig erwiesen, kämpfte auch er mit der Versuchung, das von den Patienten gelieferte Material für unverlässlich, daher der wissenschaftlichen Betrachtung für unwürdig zu erklären. Glücklicherweise rettete die Geistesschärfe FREUDS die Psychoanalyse vor der immanenten Gefahr, neuerlich begraben zu werden. Waren auch einzelne Angaben der Patienten lügenhaft, unreal, so verblieb doch die *psychische Realität des Lügens selbst* als unanfechtbare Tatsache. Es ist schwer sich

---

<sup>96</sup> Josef BREUERS Patientin in der Zeit 1880-82 wurde in der Fachliteratur bekannt als "Anna O.". Viel später stellte sich heraus, daß es sich um die jüdische Frauenrechtlerin und Sozialarbeiterin Bertha PAPPENHEIM (1859 -1936) handelte. Sie gilt – neben der Britin Josephine BUTLER – als bedeutendste Kämpferin ihrer Zeit gegen Mädchen- und Frauenhandel und Prostitution. Ihre von BREUER behandelte Symptomatik deutet auf schwere dissoziative Störungen hin.



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

vorzustellen, welcher Mut, welche Kraft und Konsequenz des Denkens, wieviel Selbstüberwindung notwendig war, um die täuschende Lügenhaftigkeit der Kranken affektlos für hysterische Phantasie zu erklären und sie als psychische Realität weiterer Betrachtung und Forschung zu würdigen.

Allerdings färbten diese Fortschritte auch auf die Technik der Psychoanalyse ab. Das höchstgradig emotionelle, hypnotisch-suggestive Verhältnis zwischen Arzt und Patienten kühlte sich allmählich zu einer Art endlosem Assoziationsexperiment, also zu einem größtenteils intellektuellen Prozeß ab. Arzt und Patient suchten gleichsam mit vereinten Geisteskräften aus den unzusammenhängenden Fragmenten des Assoziationsmaterials die verdrängten Erkrankungsursachen, wie die Lücken eines äußerst komplizierten Kreuzworträtsels, zu rekonstruieren. Enttäuschende therapeutische Mißverfolge, die einen Schwächeren gewiß entmutigt hätten, zwangen aber FREUD, die offenbar zeitweilig ungebührlich vernachlässigte Emotivität im Verhältnis zwischen dem Analytiker und dem Analysanden wiederherzustellen; allerdings nicht in der Form der in ihrem Wesen unbekanntem, schwer dosierbaren Beeinflussung durch Hypnose und Suggestion, sondern durch die erhöhte Beachtung und Verwertung der im analytischen Verhältnis sich äußernden Anzeichen der *Affektübertragung* und des *affektiven Widerstandes*.

Dies war ungefähr der Stand der analytischen Technik und Theorie zur Zeit, als ich, merkwürdigerweise erst durch JUNGS Assoziationsexperimente angeregt, zum enthusiastischen Anhänger der neuen Lehre wurde.<sup>97</sup> Es sei mir gestattet, im folgenden die Entwicklungen der Technik vom subjektiven Standpunkt eines Einzelnen darzustellen. Das biogenetische Grundgesetz gilt anscheinend auch für die intellektuelle Entwicklung des Einzelnen; vielleicht gibt es überhaupt kein gut fundiertes Wissen, das nicht die Stadien der überschwenglich optimistischen Erleuchtung, der unvermeidlich darauffolgenden Enttäuschung und der schließlichen Versöhnung beider Affekte auch individuell wiederholt. Ich weiß wirklich nicht, ob ich die jüngeren Kollegen für die Mühelosigkeit, mit der sie in den Besitz des von der früheren Generation hart Erkämpften gelangen, beneiden soll. Manchmal scheint es mir, daß die fertige Überlieferung einer noch so wertvollen Tradition nicht ganz gleichwertig ist mit dem Selbsterworbenen.

---

<sup>97</sup> Carl Gustav JUNG (1875-1961) beschäftigte sich bereits in seiner Dissertation 1902 mit dem Phänomen der "gespaltenen Persönlichkeit". 1902/2 assistierte er in Paris Pierre JANET, dem ursprünglichen Begründer der Konzeption einer traumabedingten Dissoziation und deren Therapie. Die von JUNG in seinem späteren Werk beschriebenen (*Gefühls-*)*Komplexe* entsprechen im wesentlichen den dissoziativen *Ego States* (WATKINS/WATKINS, seit 1980); vgl. Carl Gustav JUNG: *'Die Dynamik des Unbewußten'* (Ges. Werke, Bd. 8., Düsseldorf 1995). – JUNG war in der Anfangszeit der Psychoanalyse FREUDS wichtigster Mitarbeiter; bereits 1912 kam es zum Bruch zwischen beiden.



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Lebhaft erinnere ich mich an meine ersten Versuche zu Beginn meiner psychoanalytischen Laufbahn. Ich entsinne mich z. B. meines allerersten Falles; es war ein junger Kollege, dem ich auf der Straße begegnete und der äußerst blaß und offenbar mit schwerer Atemnot kämpfend meinen Arm erfaßte und flehentlich um Hilfe bat. Er leide, wie er mir mit stockendem Atem mitteilte, an nervösem Asthma. Er hätte alles mögliche versucht, bisher ohne Erfolg. Rasch entschlossen, geleitete ich den leidenden Kollegen in mein Arbeitszimmer, veranlaßte ihn, seine Reaktionen zu einem Assoziationschema herzugeben, vertiefte mich in die Analyse seines Vorlebens mit Hilfe dieses rasch gesäten und geernteten Assoziationsmaterials, und richtig gruppierten sich die Erinnerungsbilder bald um ein in der frühen Kindheit erlittenes Trauma. Es handelte sich um eine Hydrocele-Operation; er sah und fühlte mit dinglicher Lebhaftigkeit, wie er von den Spitalsdienern gewaltsam gepackt, wie ihm die Chloroformmaske über das Gesicht gestülpt wird, wie er mit aller Kraft der erstickenden Gewalt des Rauchgases sich entwinden will; er wiederholte die Muskelanstrengungen, den Angstschweiß und die Atemstörung, die er beim traumatischen Anlaß erfahren mußte. Dann öffnete er wie von einem Traume erwachend die Augen, schaute verwundert um sich, umarmte mich jauchzend und sagte, er fühle sich vom Anfall vollkommen befreit.

So ähnlich waren auch viele meiner übrigen "kathartischen" Erfolge, die ich um diese Zeit herum verzeichnen konnte. Doch bald erfuhr ich, daß fast alle diese Symptomheilungen nur vorübergehende Erfolge zeitigten, und ich, der Arzt, fühlte mich allmählich vom übertriebenen Optimismus geheilt. Ich suchte durch vertieftes Studium der Werke FREUDS und durch persönliche Ratschläge, die ich von ihm holen durfte, mir die Assoziations-, Widerstands- und Übertragungstechnik zu eigen zu machen, möglichst genau die technischen Ratschläge befolgend, die FREUD inzwischen veröffentlichte. Ich glaube schon bei früheren Anlässen mitgeteilt zu haben, daß meine psychologischen Kenntnisse bei Befolgung dieser technischen Regeln immer tiefer, die schlagenden und raschen Erfolge dagegen immer seltener wurden. Die frühere kathartische Therapie wandelte sich allmählich in eine Art analytische Neuerziehung der Kranken um, die mehr und mehr Zeit in Anspruch nahm. In meinem gewiß noch jugendlichen Eifer sann ich nach Mitteln, um diese Zeit zu verkürzen und sichtlichere therapeutische Erfolge zu provozieren. Durch größere Verallgemeinerung und Betonung des Versagungsprinzips, zu dem sich auch FREUD am Budapester Kongreß (1918) bekannte, und mit Hilfe von künstlich erzeugten Spannungssteigerungen ("aktive Therapie") trachtete ich die Wiederholung früherer traumatischer Erlebnisse zu fördern und sie einer besseren Lösung durch die Analyse zuzuführen. Es ist Ihnen wohl bekannt, daß sowohl ich selber als auch andere, die mir folgten, sich gelegentlich zu

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Übertreibungen dieser Aktivität hinreißen ließen. Die ärgste dieser Übertreibungen war die von RANK vorgeschlagene und von mir seinerzeit akzeptierte Maßregel der *Terminegebung*. Ich war einsichtig genug, vor diesen Übertreibungen rechtzeitig zu warnen und vertiefte mich eifrig in die inzwischen von FREUD so erfolgreich angeschnittene Analyse des Ich und der Charakterentwicklung. Die etwas einseitige Ichanalyse, bei der die früher allmächtig gedachte Libido zu kurz kam, gestaltete die Kur vielfach zu einem Prozeß, der uns zu einer möglichst restlosen Einsicht in die Topik, Dynamik und Ökonomie der Symptombildung verhelfen soll, bei genauer Verfolgung der Energieverteilung zwischen dem Es, dem Ich und dem Über-Ich des Patienten. Bei Anwendung dieser Gesichtspunkte konnte ich mich aber des Eindrucks nicht erwehren, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten gar zu sehr einem Schüler-Lehrer-Verhältnis ähnlich wurde. Ich kam auch zur Überzeugung, daß die Patienten mit mir höchst unzufrieden waren und sich nur nicht getrauen, sich gegen dieses Lehrhafte und Pedantische in uns offen zu empören. In einer meiner technischen Arbeiten forderte ich denn auch die Kollegen auf, ihre Analysanden zu größerer Freiheit und freierem Auslebenlassen der Aggressivität dem Arzt gegenüber zu erziehen, zugleich mahnte ich sie zu etwas größerer Demut dem Patienten gegenüber, zum Einbekennen eventuell begangener Fehler, plädierte für größere Elastizität, eventuell auch auf Kosten unserer Theorien (die ja doch nicht unwandelbare, wenn auch vorläufig brauchbare Instrumente sind), und konnte schließlich auch davon berichten, daß die den Patienten gewährte größere Freiheit der Analyse nicht nur nicht schadet, sondern nach Austobenlassen aller Aggressionen positive Übertragung und auch positivere Erfolge zeitigt.<sup>98</sup> Seien Sie also nicht allzu sehr überrascht, wenn ich Ihnen heute von neueren Fortschritten oder meinerwegen Rückschritten auf diesem Wege zu berichten habe. Ich bin mir dessen bewußt, daß das, was ich Ihnen zu sagen habe, gerade in Ihrem Kreise wenig Aussicht auf Popularität hat; auch muß ich der Befürchtung Ausdruck geben, daß diese Ausführungen mir in den Kreisen der wirklich Reaktionären eine mir recht unliebsame Popularität verschaffen werden. Vergessen Sie aber nicht, was ich eingangs über Fortschritt und Rückschritt gesagt habe; die Rückkehr zum guten Alten bedeutet bei mir durchaus nicht das Aufgeben des Guten und Wertvollen, das uns die neuere Entwicklung unserer Wissenschaft geschenkt hat. Übrigens wäre es vermessen, sich einzubilden, daß irgend jemand von uns imstande ist, das letzte Wort über die Entwicklungsmöglichkeiten der Technik oder Theorie der Analyse zu sagen. Mich wenigstens haben die vielfachen Schwankungen, die ich soeben kurz geschildert habe, recht bescheiden gemacht; ich möchte also das Mitzuteilende nicht als etwas Endgültiges hinstellen, ja ich schließe die Möglichkeit nicht aus, daß ein mehr oder

---

<sup>98</sup> FERENCZI bezieht sich auf seinen Vortrag 'Die Elastizität der psychoanalytischen Technik' von 1928, in: 'Schriften zur Psychoanalyse, Band II' (a.a.O., Seite 237-250).



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

minder großer Teil dessen sich verschiedentliche Einschränkungen wird gefallen lassen müssen.

### II

Im Laufe vieljähriger praktisch-analytischer Tätigkeit kam ich immer wieder in die Lage, bald den einen, bald den anderen der FREUDSchen "Ratschläge zur Technik" zu verletzen. Das Festhalten am Prinzip, daß der Patient liegen muß, wurde gelegentlich durch den unbezähmbaren Impuls der Kranken, aufzuspringen, in dem Zimmer herumzugehen oder mit mir Aug' in Auge zu sprechen, durchkreuzt. Schwierige reale Verhältnisse, ja oft auch unbewußte Machinationen des Kranken stellten mich manchmal vor die Alternative, die Analyse entweder abubrechen oder sie entgegen den üblichen Regeln ohne finanzielle Gegenleistung fortzusetzen; ich zögerte nicht, dies letztere zu wählen, und bin damit nicht schlecht gefahren. Das Prinzip, daß die Analyse im gewöhnlichen Milieu unter Fortführung der beruflichen Betätigung durchzuführen ist, war sehr oft undurchführbar; in einigen schwierigen Fällen sah ich mich gar genötigt, den Patienten zu gestatten, tage- und wochenlang im Bett zu liegen, und sie auch von der Mühe, mich zu besuchen, zu befreien. Die schockartige Wirkung des plötzlichen Abbruchs der Analysenstunde zwang mich gar nicht selten, die Stunde bis zum Ablauf der Reaktion zu verlängern, ja dem Kranken zwei oder mehr Stunden täglich zu wdmn. Oft, wenn ich dies nicht tat oder tun konnte, provozierte meine Starrheit eine, wie mir schien, überflüssige Steigerung des Widerstandes und eine allzu wörtliche Wiederholung traumatischer Ereignisse der kindlichen Vorzeit, und es kostete geraume Zeit, bis ich die bösen Folgen dieser unbewußten Identifizierung beim Patienten halbwegs überwinden konnte. Ein Hauptprinzip der Analyse, das der Versagung, das manche meiner Kollegen und seinerzeit auch ich mit übermäßiger Strenge anwendete, haben viele zwangsneurotische Patienten rasch durchschaut und benützten es als neue, schier unerschöpfliche Fundgrube von Widerstandssituationen, bis sich der Arzt schließlich entschloß, durch Nachgiebigkeit den Patienten diese Waffe aus der Hand zu schlagen.

Aus all diesen und vielen anderen hier nicht einzeln anzuführenden Verfehlungen gegen eine Grundregel machte ich mir die größten Gewissenskrupel, bis mir von maßgebener Seite die beruhigende Äußerung zuteil wurde, daß die Ratschläge FREUDS eigentlich nur Mahnungen für den Anfänger sein wollten, die ihn vor den größten Mißgriffen und Mißerfolgen behüten sollten; sie enthielten aber fast keine Weisungen positiver Natur, so daß diesbezüglich dem eigenen Ermessen des Analytikers, sofern er sich über die metapsychologischen Folgen seines Gehabens Rechenschaft geben kann, weitgehende Freiheit gestattet bleibt.

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Die Häufung der Ausnahmefälle drängt mich aber zur Statuierung eines bis jetzt nicht formulierten, wenn auch unausgesprochen geduldeten Prinzips, des *Prinzips der Gewährung*, das wir neben der Versagung vielfach gelten lassen müssen. Die nachträgliche Überlegung bringt mich allerdings zur Überzeugung, daß es bereits bei der Erklärung der Wirkungsweise der aktiven Technik eigentlich recht forciert war, alles dort Erfahrene auf Versagung, das heißt auf "Spannungssteigerung" zurückzuführen. Wenn ich von einer Patientin forderte, die bisher übereinandergeschlagenen Beine gesondert zu halten, schuf ich in der Tat eine libidinöse Versagungssituation, die die Spannungssteigerung und die Mobilisierung bisher verdrängter psychischer Inhalte förderte. Aber wenn ich derselben Patientin nahelegte, die auffällig steife Haltung ihrer Gesamtmuskulatur aufzugeben und sich mehr Freiheit und Beweglichkeit zu gönnen, war es eigentlich ungerechtfertigt, von Spannungssteigerung zu sprechen, nur weil dieses Aufgeben der Starrheit der Patientin Schwierigkeiten bereitete; es ist viel aufrichtiger zu bekennen, daß es sich hier um eine ganz andersartige Maßnahme handelt, die man im Gegensatz zur Spannungssteigerung getrost *Relaxation* nennen darf. Es muß also zugegeben werden, daß die Psychoanalyse eigentlich mit zwei einander entgegengesetzten Mitteln arbeitet; sie schafft Spannungssteigerung durch die Versagung und Relaxation durch Gewährung von Freiheiten.

37

Wie bei jeder Neuigkeit, kommt man aber auch hier bald dahinter, daß es sich um etwas sehr Altes, ich möchte sagen, Banales handelt. Sind denn nicht schon in der freien Assoziation diese beiden Prinzipien wirksam? Diese zwingt einerseits den Patienten zum Bekennen unangenehmer Wahrheiten, gestattet aber andererseits eine Freiheit der Rede und des Gefühlsausdrucks, wie sie sonst im Leben kaum zu haben ist. Aber auch längst vor der Existenz der Psychoanalyse bestand schon die Erziehung der Kinder und der Masse in der Gewährung von Zärtlichkeit und Liebe und in der Forderung schmerzlicher Verzichte unter Anpassung an die unlustvolle Wirklichkeit.

Wäre die *Internationale Psychoanalytische Vereinigung* nicht eine so hochkultivierte und an Selbstzucht gewöhnte Gesellschaft, so würde ich bei diesem Punkt meines Vortrags durch allgemeine Unruhe und Zwischenrufe unterbrochen, wie sie sogar im sonst so vornehmen englischen Unterhause beim Anhören einer gar zu aufreizenden Rede vorkommen. "Was wollen Sie denn eigentlich?", würden mir einige zurufen. "Kaum haben Sie uns mit dem Prinzip der Versagung, die Sie selbst mit Ihrer aktiven Technik auf die Spitze getrieben haben, einigermaßen befreundet, stören Sie unser mit Mühe beruhigtes wissenschaftliches Gewissen mit der Aufwerfung eines neuen verwirrenden Prinzips, dessen Anwendung uns die größten Verlegenheiten bereitet." – "Sie sprechen von Gefahren der Übertreibung der Versagung", würde eine andere nicht minder schrille Stimme lauten. "Was aber mit den Gefahren der Verzärtelung der



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Patienten? Und überhaupt, können Sie uns bestimmte Vorschriften darüber geben, wie und wann das eine oder das andere Prinzip anzuwenden ist?"

Gemach, meine Damen und Herren, wir sind noch nicht so weit, um uns auf diese und ähnliche Einzelheiten einzulassen; mein Zweck war vorläufig nur der, festzustellen, daß wir, wenn auch uneingestanden, auch jetzt schon mit diesen zwei Prinzipien arbeiten. Vielleicht werde ich aber noch in diesem Vortrag auf einige Einwendungen, die ich mir natürlich auch selbst machte, eingehen. Die Störung der Bequemlichkeit des Analytikers durch neue Probleme muß ich allerdings unberücksichtigt lassen.

Zur Beruhigung der Gemüter muß ich übrigens betonen, daß die objektiv zurückhaltende Beobachtungsstellung des Arztes, wie sie in den FREUDSchen Ratschlägen empfohlen wird, nach wie vor die verlässlichste und am Beginn einer Analyse die einzig berechtigte ist, und daß in letzter Linie niemals Gefühlsmomente, sondern nur kluge Überlegung die Entscheidung über eine zutreffende Maßnahme fällen darf. Meine bescheidenen Versuche gehen nur darauf hinaus, das in Worte zu fassen, was man bisher etwa nur mit dem unklaren Ausdruck "psychologische Atmosphäre" bezeichnen konnte. Es läßt sich nämlich nicht leugnen, daß auch die kühle Objektivität des Arztes Formen annehmen kann, die dem Patienten unnötige und vermeidbare Schwierigkeiten bereiten, und es muß Mittel und Wege geben, unsere freundlich wohlwollende Haltung während der Analyse dem Patienten begreiflich zu machen, ohne die Analyse des Übertragungsmaterials fallen zu lassen oder gar in die Fehler jener zu verfallen, die die Neurotiker mit geheuchelter Strenge oder mit geheuchelter Liebe und nicht analytisch, d. h. in voller Aufrichtigkeit behandeln.

38

### III

Anstatt vorerst auf Ihre vermutlichen und, wie ich zugeben möchte, zum Teil recht unbequemen Fragen und Einwendungen einzugehen, möchte ich Ihnen das Hauptargument anführen, das mich, wie ich glaube, zur Betonung der Relaxation nebst der Versagung und der selbstverständlichen Objektivität berechtigt. Die Stichhaltigkeit einer Annahme oder einer Theorie läßt sich an ihrer theoretischen und praktischen Nützlichkeit, d. h. an ihrem heuristischen Wert messen, und ich machte die Erfahrung, daß die Anerkennung auch des Relaxationsprinzips in beiden Hinsichten Erfolge gezeitigt hat. Lassen Sie mich mit dem Praktischen beginnen. In einer Reihe von Fällen, in denen sich die Analyse an den angeblich unlösbaren Widerständen der Patienten zerschlagen hat, führte die Änderung der früher allzu rigorosen Versagungstaktik bei neuerlichem Versuch der Analyse zu wesentlich tiefer reichendem Erfolg. Und dies nicht nur in Fällen, die bei anderen ungeheilt blieben und die Wendung zum besseren mir, dem



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

neuen Analytiker (vielleicht zum Teil nur aus Rache) darbrachten, sondern auch bei Kranken, mit denen ich selber mit der einseitigen Versagungstechnik nicht weiterkam, bei einem neuerlichen Versuch aber, wobei ich mehr Relaxation gewährte, viel weniger lange mit den bis dahin nicht enden wollenden persönlichen Widerstandsäußerungen zu kämpfen hatte, so daß die vereinte Arbeitskraft des Arztes und des Patienten ungestörter an die Bearbeitung der vom verdrängten Material verursachten, ich möchte sagen, "sachlichen Widerstände" herangehen konnte. Vergleichende Analyse der früheren Trotzeinstellung des Patienten mit der Nachgiebigkeit als Folge der Relaxation führte in diesen Fällen zur Feststellung, daß die strenge und kühle Abgeschlossenheit des Analytikers vom Patienten als die Fortsetzung des infantilen Kampfes mit der Autorität des Erwachsenen erlebt wird und dieselben Charakter- und Symptomreaktionen wiederholt, die der eigentlichen Neurose zugrunde liegen. Meine bisherige Idee von der Beendigung der Kur war eher die, daß man sich vor diesen Widerständen des Kranken nicht zu fürchten braucht, ja daß man solche Widerstände künstlich provozieren darf, und ich hoffte zum Teil nicht ohne Recht, daß, wenn dem Kranken allmählich alle Wege des Widerstandes durch die analytische Einsicht ungangbar werden, er schließlich, solcherart in die Ecke getrieben, den einzig offengelassenen Weg zum Gesundwerden benutzen muß. Nun, ich leugne nicht, daß das Leiden in der Analyse keinem Neurotiker erspart werden kann; es versteht sich theoretisch von selbst, daß der Patient das Leid, das zur Verdrängung geführt hat, in der Analyse ertragen lernen muß. Es fragt sich nur, ob man dabei gelegentlich den Patienten nicht mehr als unbedingt nötig leiden läßt. Ich wählte den Ausdruck "*Ökonomie des Leidens*" als Bezeichnung einer hoffentlich nicht allzu fernen Einsicht und Unterweisung zum Waltenlassen des Versagungs- und Gewährungsprinzips.

Nun, Sie wissen alle, daß wir Analytiker therapeutische Erfolge im Sinne gesteigerten Wohlbefindens des Patienten wissenschaftlich nicht allzu hoch zu bewerten pflegen. Nur wenn die Methode nebst dieser Besserung auch tiefere Einsicht in den Mechanismus des Heilungsvorganges gestattet, dürfen wir von einem wirklichen Fortschritt im Vergleich mit früheren Behandlungsmethoden sprechen. Der Weg nun, auf dem bei Mitverwendung der Relaxationstherapie die Besserung erfolgte, war in einer ganzen Anzahl von Fällen äußerst überraschend. Sowohl bei hysterischen als auch bei zwangsneurotischen Patienten, ja sogar auch bei nervösen Charaktertypen setzten sich die üblichen Rekonstruktionsversuche der Vergangenheit wie gewöhnlich fort. Nachdem es aber in etwas gründlicherer Weise gelungen ist, zwischen Arzt und Patienten die Atmosphäre des Vertrauens und das Gefühl vollkommener Freiheit zu schaffen, meldeten sich plötzlich, und zwar oft erstmalig in einer seit Jahren laufenden

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Analyse, hysterische Körpersymptome: Parästhesien und Krämpfe in ganz bestimmten Körperpartien, heftige Ausdrucksbewegungen, die kleinen hysterischen Anfällen ähnelten, plötzliche Änderungen der Bewußtseinslage, leichter Schwindel, auch Bewußtseinstrübung oft mit nachfolgender Amnesie fürs Vorgefallene. Einige Patienten drängten mich förmlich dazu, ihnen doch zu erzählen, wie sie sich in diesen Zuständen benommen hätten. Es war dann nicht schwer, diese Symptome als weiteres Stützmittel der bisherigen Rekonstruktionen, sozusagen als körperliche Erinnerungssymbole zu verwenden, jedoch mit dem Unterschied, daß diesmal die rekonstruierte Vergangenheit viel mehr als bisher mit dem Gefühl der *Wirklichkeit* und *Dinghaftigkeit* behaftet blieb, sich der Natur einer wirklichen *Erinnerung* viel mehr näherte, während bis dahin der Patient nur von Möglichkeiten, höchstens von Graden der Wahrscheinlichkeit sprach und vergeblich nach Erinnerungen lechzte. In einzelnen Fällen steigerten sich nun diese hysterischen Anwandlungen zu einem förmlichen *Trancezustand*, in dem Stücke der Vergangenheit wiedererlebt wurden und die Person des Arztes als einzige Brücke zwischen den Patienten und der Realität erhalten blieb; es wurde mir möglich, an die Patienten Fragen zu stellen und von abgespaltenen Teilen der Persönlichkeit wichtige Auskünfte zu erlangen. Ohne meine Absicht und ohne die geringste diesbezügliche Maßnahme meinerseits kam es also zu beinahe autohypnotisch zu nennenden Ausnahmezuständen, die man nolens-volens mit den Äußerungsformen der BREUER-FREUDSchen *Katharsis* vergleichen mußte. Ich muß bekennen, daß mich dieses Ergebnis zunächst unliebsam überrascht, fast möchte ich sagen, erschüttert hat. War es denn der Mühe wert, den ungeheuren Umweg zu gehen über die Assoziations- und Widerstandsanalyse, über das schwierige Rätselspiel mit den Elementen der Ichpsychologie, ja, über die ganze Metapsychologie, um schließlich bei der guten alten "Freundlichkeit" zum Patienten und bei der längst abgetan geglaubten Katharsis zu landen? Es brauchte aber keiner langen Überlegung, um mich diesbezüglich vollauf zu beruhigen. Es ist ein himmelweiter Unterschied zwischen diesem kathartischen Abschluß einer langwierigen Psychoanalyse und jenen nur passagè wirksamen, fragmentarischen Emotions- und Erinnerungsdurchbrüchen, wie sie die primitive Katharsis provozieren konnte. Die Katharsis, von der ich rede, ist sozusagen nur wie mancher Traum eine Bestätigung aus dem Unbewußten, ein Zeichen dessen, daß es unserer mühseligen analytischen Konstruktionsarbeit, unserer Widerstands- und Übertragungstechnik schließlich gelungen ist, nahe an die ätiologische Wirklichkeit heranzukommen. Die Paläokatharsis hat also mit dieser *Neokatharsis* nur wenig gemeinsam. Immerhin läßt es sich nicht leugnen, daß sich hier wieder ein Kreis geschlossen hat. Die Psychoanalyse begann als kathartische Gegenmaßnahme gegen unerledigte traumatische Erschütterungen und gegen eingeklemmte Affekte, sie wandte sich dann dem vertieften Studium der neurotischen Phantasien und ihrer

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

verschiedenen Affektmechanismen zu. Dann konzentrierte sie sich mehr auf die Untersuchung des persönlichen Affektverhältnisses zwischen dem Analytiker und seinem Pflegebefohlenen, wobei sie sich in den ersten zwei Dekaden mehr mit den instinktiven Äußerungstendenzen, später mehr mit den Reaktionen des Ich beschäftigte. Das plötzliche Auftauchen von Stücken einer alten Technik und Theorie in der modernen Psychoanalyse sollte uns also nicht erschrecken; es gemahnt uns nur daran, daß bisher kein einziger Schritt, den die Analyse in ihrem Fortschritt machte, als nutzlos vollkommen aufzugeben war, und daß wir immer wieder darauf gefaßt sein müssen, neue Goldadern in den vorläufig verlassenen Stollen zu finden.

### IV

Was ich nun mitteilen muß, ist gleichsam die logische Folge des soeben Gesagten. Das Erinnerungsmaterial, das durch die Neokatharsis zutage gefördert oder bestätigt wurde, hob das ursprünglich Traumatische in der ätiologischen Gleichung der Neurosen wieder zu erhöhter Bedeutung. Mögen die Vorsichtsmaßnahmen der Hysterie und die Vermeidungen der Zwangsneurotiker in rein psychischen Phantasiegebilden ihre Erklärung finden: den ersten Anstoß zur Schaffung abnormer Entwicklungsrichtungen gaben immer traumatische, schockartig wirkende *reale Erschütterungen und Konflikte mit der Umwelt*, die der Formulierung neurosogener psychischer Mächte, so z. B. auch der des Gewissens<sup>99</sup>, immer vorausgehen. Dem entsprechend kann man, wenigstens theoretisch, keine Analyse als beendet betrachten, wo es nicht gelang, bis zum traumatischen Erinnerungsmaterial vorzudringen. Insofern aber diese Behauptung, die sich, wie gesagt, auf die Erfahrungen bei der Relaxationstherapie stützt, bewahrheitet, erhöht sie den heuristischen Wert der so modifizierten Technik auch in theoretischer Hinsicht nicht unwesentlich. Nach gebührender Beachtung der Phantasietätigkeit als pathogenen Faktors mußte ich mich in der Tat in der letzteren Zeit schließlich immer häufiger mit dem pathogenen Trauma selbst beschäftigen. Es fand sich, daß das Trauma weit seltener die Folge angeborener erhöhter Sensibilität der Kinder ist, die auch auf banale und unvermeidliche Unluststeigerung neurotisch reagieren, sondern zumeist einer wirklich ungebührlichen, unverständigen, launenhaften, taktlosen, ja grausamen Behandlung. Die hysterischen Phantasien lügen nicht, wenn sie uns davon erzählen, daß Eltern und Erwachsene in ihrer erotischen Leidenschaftlichkeit Kindern gegenüber in der Tat ungeheuer weit gehen, andererseits geneigt sind, wenn das Kind auf dieses halb unbewußte Spiel der Erwachsenen eingeht, die sicherlich unschuldigen Kinder mit harten, dem Kinde ganz unverständlichen, es schockartig erschütternden Strafen und Drohungen zu bedenken.

41

---

<sup>99</sup> Siehe hierzu auch den zuvorstehenden Vortrag (*'Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb'*).



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Ich bin heute wieder geneigt, nebst dem Ödipuskomplex der Kinder *die verdrängte und als Zärtlichkeit maskierte Inzestneigung der Erwachsenen in ihrer Bedeutsamkeit höher einzuschätzen*. – Andererseits kann ich nicht leugnen, daß auch die Bereitwilligkeit der Kinder, auf Genitalerotik einzugehen, sich stärker und viel frühzeitiger äußert, als wir es bisher anzunehmen gewohnt waren. Ein großer Teil der Persionen der Kinder ist vielleicht nicht einfach Fixierung auf einer frühen Stufe, sondern bereits Regression zu einer solchen von einer frühgenitalen Stufe her. In manchen Fällen trifft das strafende Trauma das Kind mitten in der erotischen Betätigung und mag eine dauernde Störung der von REICH<sup>100</sup> so genannten "orgastischen Potenz" nach sich ziehen. Aber auch das frühzeitige Forcieren genitaler Sensationen wirkt auf das Kind erschreckend; was das Kind eigentlich will, ist auch im Sexuellen nur Spiel und Zärtlichkeit, nicht aber heftige Äußerungen der Leidenschaftlichkeit.

Doch die Beobachtung der neokathartischen Fälle erwies sich auch in anderer Hinsicht gedankenerweckend; man bekam einen Eindruck vom psychischen Vorgang bei der traumatischen Urverdrängung und eine Ahnung über das Wesen der Verdrängung überhaupt. *Die erste Reaktion auf einen Schock scheint immer eine passagère Psychose zu sein*, d. h. Abwendung von der Realität, einerseits als negative Halluzination (hysterische Bewußtlosigkeit/Ohnmacht, Schwindel), andererseits oft als sofort einsetzende positiv-halluzinatorische, Lustvolles vorspiegelnde Kompensation. In jedem Falle von neurotischer Amnesie, vielleicht auch in der gewöhnlichen Kindheitsamnesie<sup>101</sup>, dürfte es sich also um unter Schockwirkung eintretende psychotische Abspaltung eines Teiles der Persönlichkeit handeln, der aber im Verborgenen fortlebt, endlos wiederholte Anstrengungen macht, sich geltend zu

42

---

<sup>100</sup> Wilhelm REICH (1897-1957) schloß sich 1920, als Medizinstudent, der psychoanalytischen Bewegung an. Schwerpunkt seiner Arbeit war zunächst die Orgasmustheorie (1927). Er orientierte sich dabei an der ganzheitlichen Qualität des sexuellen Erlebens und Empfindens, dies im Gegensatz zu FREUD, dessen Libidotheorie neurophysiologisch-mechanistisch strukturiert war. Sowohl wegen seiner Auffassung von psychischer Gesundheit als auch wegen implizierter politischer Konsequenzen (Prophylaxethema) kam es um 1926 zum Konflikt mit FREUD, der 1934 zu REICHS Ausschluß aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) führte. – Sándor FERENCZI war bereits 1908 für politisch-gesellschaftliche Implikationen der Psychoanalyse eingetreten: "Die Befreiung von unnötigem inneren Zwang wäre die erste Revolution, die der Menschheit eine wirkliche Erleichterung schüfe (...)" (*'Psychoanalyse und Pädagogik'*, in: *'Schriften zur Psychoanalyse II'*, a.a.O., Seite 4). FREUD wollte von derlei nichts wissen; FERENCZI hielt sich in den nächsten zwanzig Jahren mit solchen radikalen Überlegungen zurück; – er trat einen "Marsch durch die Institutionen" an, wie es zur Zeit der Studentenbewegung hieß. Die Beharrlichkeit und Geradlinigkeit, mit der sich FERENCZI in den letzten Lebensjahren sexuell traumatisierten PatientInnen widmete, wird von diesem Vorlauf her nachvollziehbarer, und auch, daß die Erwähnung Wilhelm REICHS an dieser Stelle grundsätzlichere (eventuell sogar taktische) Bedeutung hatte.

<sup>101</sup> Dieser Einschub klingt wie ein diskreter Hinweis auf Otto RANKS *Geburtstrauma*-Theorie (Wien 1924). Jedoch hatte FERENCZI diese Hypothese RANKS als "oberflächlich" vehement abgelehnt (*'Zur Kritik der rankschen >Technik der Psychoanalyse<'*, 1927; in: *'Bausteine zur Psychoanalyse II'*, Seite 116-122). Im *Tagebuch* notiert er in diesem Zusammenhang: "die Geburt ist nur eine vorübergehende Störung der Mutterleibsituation, das Kind erwacht für einen Moment und schläft in der Wiege fort. Das Geburtstrauma ist darum ungefährlich und läßt keine wesentlichen Spuren zurück, weil die Umwelt unmittelbar nachher für die Reparation sorgt./ Siehe hier meine Kritik der RANKSchen Geburtstraumatheorie." (25. März 1932) – Ja, aber falls diese angemessene Umsorgung der Umgebung fehlt?



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

machen, ohne sich anders als etwa in neurotischen Symptomen Luft machen zu können. Diese Einsicht verdanke ich z. T. den von unserer Kollegin Elisabeth SEVERN<sup>102</sup> gemachten und mir persönlich mitgeteilten Erfahrungen. Manchmal gelingt es, wie gesagt, mit dem verdrängten Teil der Persönlichkeit direkt in Kontakt zu gelangen, ja ihn zu einer, ich möchte sagen, infantilen Konversation zu bewegen. Die hysterischen Körpersymptome bei der Relaxation führten gelegentlich zu Entwicklungsstadien zurück, von denen bei noch nicht erfolgter Ausbildung des Denkkorgans nur körperliche Erinnerungen registriert wurden.<sup>103</sup>

Schließlich darf ich nicht verschweigen, daß unter den traumatischen Anlässen nebst der Kastrationsdrohung auch dem angsterregenden Eindruck der menstruellen Blutung, worauf Major C. D. DALY<sup>104</sup> zum erstmalig mit dem gebührenden Nachdruck hingewiesen hat, viel mehr Bedeutung zukommt, als wir bisher vermuteten.

Warum beschwere ich Sie in diesem doch vornehmlich technischen Vortrag mit dieser langen und dabei nicht einmal vollständigen Liste halbfertiger theoretischer Gedankengänge? Gewiß nicht, um Sie für diese zum Teil mir selber noch nicht ganz klaren Einsichten ganz zu gewinnen. Ich bin zufrieden, wenn Sie den Eindruck empfangen haben, daß die Berücksichtigung der lange vernachlässigten *Traumatogenese* nicht nur in therapeutisch-praktischer, sondern auch in theoretischer Hinsicht Erfolge verspricht.



In einem Gespräch mit ANNA FREUD über gewisse Maßnahmen meiner Technik machte sie die treffende Bemerkung: "Sie behandeln ja Ihre Patienten, wie ich die Kinder in den Kinderanalysen." Ich mußte ihr recht geben und erinnere daran, daß meine letzterschienene kleine Arbeit über die Psychologie der unerwünschten Kinder<sup>105</sup>, die später in die Analyse kamen, eine Art gemütliche Vorbehandlung der eigentlichen Widerstandsanalyse vorausschicken mußte. Die soeben vorgeschlagenen Relaxationsmaßnahmen verwischen den bisher zu scharf gefaßten Unterschied

---

<sup>102</sup> Zu Elisabeth (Elizabeth) SEVERN, ursprünglich FERENCZIS Patientin, vgl. die Fußnote beim hier folgenden Vortrag (*'Kinderanalysen mit Erwachsenen'*).

<sup>103</sup> Diese wie wir heute wissen berechtigte Hypothese wurde erstmalig aufgestellt von FERENCZI und Otto RANK in der gemeinsamen Arbeit: *'Entwicklungsziele der Psychoanalyse'* (Leipzig/Wien/Zürich 1924). Vergleiche hierzu unter anderem Ludwig JANUS: *'Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt'* (Hamburg 1991)

<sup>104</sup> C. D. DALY: *'Der Menstruationskomplex'* (Wien 1928). Sigmund FREUD bezieht sich in *'Das Unbehagen in der Kultur'* (1930) zustimmend auf dieses Werk eines Psychoanalytikers, über den ich sonst nichts herausfinden konnte; er war wohl Arzt im Dienst der britischen Armee und erscheint manchmal auch mit dem Dienstgrad Lt.Col. – Insgesamt wirkt dieser Absatz für mich disparat; eventuell hat er nur eine taktische Funktion als Ablenkungsmanöver oder/und um den Vortrag nochmal mit *dem Meister* zu verknüpfen; siehe auch die inhaltlich belanglose Anekdote zu ANNA FREUD in der direkten Folge. Zumindest ist FERENCZI in den hier dokumentierten traumabezogenen Arbeiten und Notizen auf die Themen Kastrationsdrohung und Menstruation nicht weiter eingegangen.

<sup>105</sup> *'Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb'* (1929), hier zuvor dokumentiert.



## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

zwischen der Analyse der Kinder und Erwachsenen gewiß noch mehr. Zweifellos war ich bei dieser Annäherung beider Behandlungsarten von Eindrücken beeinflusst, die ich bei Georg GRODDECK<sup>106</sup>, dem mutigen Vorkämpfer der Psychoanalyse organischer Leiden empfing, als ich bei ihm wegen einer organischen Erkrankung Hilfe suchte. Ich gab ihm recht, als er es versuchte, seine Patienten zu kindlicher Naivität aufzumuntern, und sah auch die Erfolge, die er damit erzielte. Ich meinerseits aber blieb nebst dem auch der altbewährten Versagungstechnik der Analyse treu und trachte durch takt- und einsichtsvolle Verwendung *beider* mein Ziel zu erreichen.

Nun möchte ich aber auch auf die zu erwartenden Einwendungen gegen diese Taktik beruhigend replizieren. Welche Motive werden denn den Patienten dazu bewegen, sich von der Analyse weg und der harten Realität des Lebens zuzuwenden, wenn er beim Analytiker die kindlich-unverantwortliche Freiheit in einem Maße genießen kann, das ihm in der Wirklichkeit gewiß versagt bleibt? Meine Antwort ist die, daß ja auch in der analytischen Relaxation wie in der Kinderanalyse dafür gesorgt ist, daß die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Die tätlich aggressiven und die sexuellen Wünsche und viele der sonstigen übertriebenen Ansprüche werden ja auch in der noch so relaxierten Analyse nicht zur Befriedigung zugelassen, was gewiß vielfache Gelegenheit zur Erlernung von Verzicht und Anpassung bietet. Unsere freundlich-wohlwollende Haltung mag ja den zärtlichkeitshungrigen kindlichen Anteil der Persönlichkeit befriedigen, nicht aber jenen, dem es gelungen ist, der Entwicklungshemmung zu entgehen und erwachsen zu werden. Es ist nämlich gar nicht eine poetische Lizenz, die Seele des Neurotikers mit einer Doppelmißbildung zu vergleichen, etwa dem sogenannten Teratom, das in einem versteckten Teil eines Körpers Bruchstücke eines zweiten entwicklungsgehemmten Zwillingsgeschwisters beherbergt.<sup>107</sup> Kein verständiger Mensch weigert sich, so ein Teratom dem Messer des Chirurgen preiszugeben, wenn es die Existenz der Gesamtperson bedroht.

Auch machte ich die Erfahrung, daß verdrängter Haß ein stärkeres Fixierungs- und Klebemittel ist als die offen einbekannte Zärtlichkeit. Wohl am unzweideutigsten äußerte sich hierüber eine Patientin, deren Vertrauen zu gewinnen mir nach fast zweijährigem hartem Widerstandskampf mit Hilfe der Nachgiebigkeit gelang. "Jetzt habe ich Sie gern, jetzt kann ich auf Sie verzichten", war ihre erste spontane Äußerung beim Durchbruch der positiven Gefühlseinstellung. Ich glaube, es geschah bei dieser selben Patientin, daß ich mir über die Eignung der Relaxation zur Umwandlung der

---

<sup>106</sup> Der Arzt Georg GRODDECK (1866-1934) gilt als Wegbereiter der Psychosomatik. Seit 1917 war er in regem Austausch mit Sigmund FREUD, ab 1921 entstand eine Freundschaft zu FERENCZI.

<sup>107</sup> Teratome, auch Dermoidzysten genannt, sind Mischgeschwulste aus primitiven Stammzellen eines Embryos, die in der falschen Umgebung einen Tumor ausbilden. Haare und Zähne in Dermoidzysten sind also nicht aus der Vereinigung zweier Keimzellen entstanden, die Geschwulst demnach kein "verlorener Zwilling".

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Wiederholungstendenz in Erinnerung Rechenschaft geben konnte. Solange sie mich mit ihren hartherzigen Eltern identifizierte, wiederholte sie in einem fort ihre Trotzreaktionen; nachdem ich ihr aber hierzu jede Gelegenheit entzog, begann sie die Gegenwart von der Vergangenheit zu sondern und nach einigen hysterischen Emotionsbrüchen sich der Erschütterungen, die sie als Kind durchmachen mußte, zu erinnern. *Die Ähnlichkeit der analytischen Situation mit der infantilen drängt also mehr zur Wiederholung, der Kontrast zwischen beiden fördert die Erinnerung.*

Ich bin mir natürlich auch der gesteigerten Anforderungen bewußt, die diese doppelte Einstellung der Versagung und Gewährung an die Kontrolle der Gegenübertragung und des Gegenwiderstandes durch den Analytiker selbst stellt. Unvollkommen beherrschte Instinkte pflegen auch ernste Lehrer und Eltern in beiden Hinsichten zur Übertreibung zu verleiten. Nichts ist leichter, als unter dem Deckmantel der Versagungsforderungen an Patienten und Kinder den eigenen uneingestandenem sadistischen Neigungen zu frönen, aber auch übertriebene Formen und Quantitäten der Zärtlichkeit Kindern und Patienten gegenüber mögen mehr den eigenen, vielleicht unbewußten libidinösen Strebungen als dem Wohle des Pflegebefohlenen zugute kommen. Meine oft und eindringlich geäußerte Ansicht über die Notwendigkeit einer bis in die tiefsten Tiefen reichenden, zur Beherrschung der eigenen Charaktereigenschaften befähigenden Analyse des Analytikers gewinnt unter diesen neuen schwierigen Verhältnissen eine womöglich noch triftigere Begründung.

Ich kann mir Neurosenfälle vorstellen, ja ich bin solchen schon häufig begegnet, in denen vielleicht infolge ungewöhnlich starker infantiler Schockwirkungen der größere Teil der Persönlichkeit gleichsam zum Teratom wird, während die reale Anpassung nur von einem kleinen verschont gebliebenen Rest bestritten wird. Bei solchen Menschen, die also in Wirklichkeit fast ganz kindlich geblieben sind, mögen die üblichen Hilfsmittel der analytischen Therapie nicht ausreichen. *Solche Neurotiker müßte man förmlich adoptieren und erstmalig der Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden lassen.* Ich halte eine diesbezügliche Ausgestaltung der von SIMMEL<sup>108</sup> empfohlenen analytischen Sanatoriumsbehandlung nicht für ausgeschlossen.

---

<sup>108</sup> Der Psychoanalytiker Ernst SIMMEL (1882-1947) arbeitete in Berlin mit Karl KOLLWITZ zusammen und gründete 1922 dort die weltweit erste psychoanalytische Poliklinik. Er gilt als Pionier der Erforschung von kriegsbedingten Traumaschädigungen. Ernst SIMMEL hatte darüberhinaus Anteil daran, daß die psychoanalytische Theoriebildung der zwanziger und dreißiger Jahre sich über individuelle Krankheitsbilder hinaus auch auf kulturelle Sachverhalte und gesellschaftliche Situationen erstreckte.

## Relaxationsprinzip und Neokatharsis

---

Ließe sich die Richtigkeit auch nur eines Teiles der hier vorgeschlagenen Relaxationstechnik und neokathartischen Erfahrung bestätigen, so stünden wir vor einer vielleicht nicht unwesentlichen Erweiterung der theoretischen Gesichtspunkte und der praktischen Möglichkeiten. Mit mühevoller Arbeit gelingt es der modernen Psychoanalyse, die gestörte Harmonie wiederherzustellen und die abnorme Energieverteilung unter den innerpsychischen Mächten zu korrigieren und hierdurch die Leistungsfähigkeit zu steigern. Doch die intrapsychischen Mächte sind nur Repräsentanten jenes Konflikts, der sich ursprünglich *zwischen der Person und der Außenwelt* abspielt hat. Nach der Rekonstruktion der Entwicklungsgeschichte des Es, des Ichs und des Über-Ichs wiederholt mancher Patient im neokathartischen Erlebnis auch den Urkampf mit der Realität, und die Umwandlung dieser letzten Wiederholung in Erinnerung könnte eine noch festere Basis für die künftige Existenz schaffen. Der Patient wird gleichsam in die Lage jenes Dramendichters versetzt, der unter dem Druck der öffentlichen Meinung gezwungen ist, seine geplante Tragödie in ein Drama mit *"happy end"* umzugestalten. Lassen Sie mich mit dieser optimistischen Erwartung schließen und für die meinem Vortrag gezollte Aufmerksamkeit herzlichst danken.

## Kinderanalysen mit Erwachsenen

### Zum Text

Diese Arbeit formuliert FERENCZIS Alternative angesichts "kühl zuwartender Stummheit und Reaktionslosigkeit des Analytikers": den Schritt über die ratio-orientierte "freie Assoziation" hinaus, verbunden mit dem Aufgeben der strengen analytischen Abstinenz. Er schlägt damit eine Brücke zur damals bereits gängigen Praxis bei psychoanalytischen Therapien von Kindern. Sein auch in diesem Vortrag enthaltenes Plädoyer für eine "mütterliche" Haltung des Therapeuten bei bestimmten KlientInnen war und ist unvereinbar mit orthodoxer Psychoanalyse, steht jedoch für eine entscheidende Weggabelung hin zu Methoden der heutigen beziehungsorientierten Traumatherapie.<sup>109</sup> Auch in der Psychotherapie bei Psychosen (womit Sigmund FREUD sich nicht beschäftigen wollte) gibt es seit jener Zeit – wenn auch nie als Mainstream – die Suche nach stärker beziehungsorientierten Formen psychotherapeutischer Arbeit.<sup>110</sup> Nachdem heutzutage zunehmend über die mögliche Traumagenese von Psychosen<sup>111</sup> nachgedacht wird, schließt sich der Kreis.

Deutlich wird, daß "Hysterie" zu jener Zeit die übergeordnete diagnostische Kategorie für das war, was wir heute zumeist als Psychotraumasymptomatik verstehen. FERENCZI knüpft in diesem Vortrag zwar manchmal daran an; in seinen eigenen konzeptionellen Überlegungen hat der Begriff keine Bedeutung mehr. Vordergründig stellt FERENCZI nur technische Erweiterungen der psychoanalytischen Methode vor, die er im Hinblick auf das hier aus gutem Grund nur erst angedeutete "traumatische Moment" für angemessen und erfolgreich hält. "Monate-, oft jahrelang verlaufen auch meine Analysen auf dem Niveau der Konflikte zwischen den intrapsychischen Energien", beteuert er – um dann sogleich auf seinen Blickwinkel zurückzukommen: den "ursprünglichen Konflikt zwischen dem Ich und der Umwelt". Wer es hören möchte, erfährt aus FERENCZIS Andeutungen durchaus, daß es ihm vorrangig um PatientInnen mit frühen (vor allem sexuellen) Traumatisierungen und deren spezielle Symptomatik geht, – und auch

47

<sup>109</sup> Vgl. Silke B. GAHLEITNER: *'Neue Bindungen wagen, Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung'* (München 2005) – Die von FERENCZI auf solche Weise ermöglichte therapeutische Regression zu einer "passiven Objektliebe" wird später von seinem Schüler Michael BALINT erforscht, der sich allerdings für den Begriff "primäre Liebe" entscheidet: *'Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse'* (Frankfurt/M. 1969) sowie *'Therapeutische Aspekte der Regression'* (Stuttgart 1970) und *'Angstlust und Regression'* (Stuttgart 1960).

<sup>110</sup> István HOLLÓS: *'Hinter der gelben Mauer. Von der Befreiung des Irren'* (Stuttgart bzw. Bern 1928) (HOLLÓS war neben FERENCZI einer der Gründer der Ungarischen Psychoanalytischen Gesellschaft)  
Gertrud (Boller-)SCHWING: *'Ein Weg zur Seele des Geisteskranken'* (Zürich 1940) (SCHWING war enge Mitarbeiterin Paul FEDERN, eines Psychoanalytikers der Ersten Generation, und später Lehranalytikerin der Psychoanalysekritikerin und Traumatherapeutin Alice MILLER.)

Martti SIIRALA: *'Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit'* (Göttingen 1961; Neuausgabe Eschborn 2000)

Als Einführung in von Beziehung und nachholender Bindung geprägte Formen der Psychotherapie bei Psychosen möchte ich Jan FODRAINES einst populären Klassiker empfehlen: *'Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie'* (1971; München 1973). Zu der bereits von FERENCZI konzipierten Funktion widersprüchlicher Doppelbindungen (*double bind*) siehe Gregory BATESON u.a.: *'Schizophrenie und Familie'* (Frankfurt/M. 1969)  
In der DDR vertrat vor allem der Psychiater Klaus WEISE eine beziehungsorientierte Haltung psychosekranken Patienten gegenüber (u.a. in Klaus WEISE: *'Leipziger Psychiatriereform 1960 bis 1990'*, in: SYMPTOM Nr. 6, hrsg. von Thomas R. MÜLLER und Dyrk ZEDLICK für Durchblick e.V. und Sächsische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.; Leipzig 2014)

<sup>111</sup> Ein Abriß hierzu findet sich in Mondrian v. LÜTTICHAU: *'Dissoziation und Trauma. Grundlagen für Betroffene und HelferInnen'* (Berlin 2014: [www.autonomie-und-chaos.berlin](http://www.autonomie-und-chaos.berlin))



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

um den gewohnheitsmäßigen unangemessenen Umgang mit seelisch erschütterten Kindern: Kritik, die leider noch heute aktuell ist.

Sándor FERENCZI beginnt in dieser Zeit, die Aufspaltung der Persönlichkeit (Dissoziation) als Selbstheilungs- und Stabilisierungsmethode, mehr noch: als entwicklungspsychologisches Grundmuster zu interpretieren: als Ausdifferenzierung einer intrapsychischen Mutter- oder Vaterrolle, durch die ein verlassenes, mißbrauchtes Kind sich selbst beeltern kann. In diesem Zusammenhang führt er hier den Begriff einer "narzißtischen Selbstspaltung"<sup>112</sup> ein. Diese psychodynamischen Aspekte der traumabedingten Dissoziation sind bis heute bedeutsam in der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen.<sup>113</sup> Auch die erst neuerdings erforschte *Somatoforme Dissoziation* wird in manchen seiner Beobachtungen angesprochen.<sup>114</sup>

Noch für heutige Leser wird FERENCZIS Eiertanz bei diesem Vortrag vor den wiener Psychoanalytikern deutlich. FREUDS dogmatische Haltung wird verständnisvoll relativiert gerade von ihm, der sie seit einigen Jahren besonders schmerzhaft zu spüren bekam.<sup>115</sup> Die ihm in zunehmender Schärfe angelasteten Modifikationen der von FREUD vorgegebenen psychoanalytischen Technik rechtfertigt FERENCZI mit seinem "fanatischen Glauben an die Leistungsfähigkeit der Tiefenpsychologie" – ein Schachzug, der seinen Kritikern ziemlich viel Wind aus den Segeln nahm. Natürlich hatte er recht: Psychoanalyse ist denkbar nur als *offene* Theorie vom menschlichen Seelenleben.<sup>116</sup> Später beantwortet er selbst die (unterstellten) Zweifel seiner Zuhörer, ob denn das überhaupt noch Psychoanalyse sei. Enden läßt er seinen Vortrag mit einem anekdotischen Manifest seiner zu diesem Zeitpunkt bereits labilen Verbundenheit mit FREUD; seine Schlußformel klingt dennoch erschütternd defensiv, fast schon wie ein Letzter Wille!<sup>117</sup>

<sup>112</sup> Es handelt sich hier nicht um das durch Heinz KOHUTS Narzißmustheorie eingeführte gleichnamige Phänomen.

<sup>113</sup> Im Bereich der psychoanalytischen Theorie sollten später D. W. WINNICOTT einerseits und Heinz KOHUT andererseits diesen Zusammenhang weiterführen. Vgl. Julia BOROSSA: *Therapeutic relations: Sándor Ferenczi and the British Independents*, in: Lesley CALDWELL (Hrsg.): *Winnicott and the Psychoanalytic Tradition* (London 2007; Seite 141-164) und Mathias HIRSCH: *Psychoanalytische Traumalogie – Das Trauma in der Familie* (Stuttgart 2004).

Auch der wichtige psychoanalytische Ansatz der "Intersubjektivität" kann als Bestätigung und Weiterführung von FERENCZIS Arbeit verstanden werden (vgl. Martin ALTMAYER/ Helmut THOMÄ [Hrsg.]: *Die vernetzte Seele* (Stuttgart 2006).

Zur Relevanz der Psychoanalyse als kritischer Menschenwissenschaft siehe u.a. Alfred LORENZER: *Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion* (Frankfurt/M.1973), Hans KILIAN: *Das enteignete Bewußtsein* (a.a.O.) sowie Manfred POHLEN/Margarethe BAUTZ-HOLZHERR: *Eine andere Aufklärung. Das Freudsche Subjekt in der Analyse* (Frankfurt/M. 1991/2001)

<sup>114</sup> Vgl. Ellert R. S. NIJENHUIS: *Somatoforme Dissoziation* (Paderborn 2006)

<sup>115</sup> Ganz redlich ist FERENCZI dabei wohl nicht, denn an eine "wissenschaftliche Unfruchtbarkeit" von C. G. JUNG, Wilhelm REICH oder Otto RANK dürfte er selbst kaum geglaubt haben.

<sup>116</sup> In jüngster Zeit wird FERENCZI auch von Psychoanalytikern wiederentdeckt. Annelise HEIGL-EVERS und Franz EVERS hatten mit ihrer dezidiert auf FERENCZI bezogenen *Psychoanalytisch-interaktionellen Methode* die im deutschsprachigen Raum erste psychoanalytisch begründete erfahrungs- und beziehungsgeleitete Therapieform für "strukturell gestörte" PatientInnen entwickelt – worunter damals vorrangig Menschen mit Borderline-Syndrom verstanden wurden. Das von Franz HEIGL 1971-85 geleitete Landeskrankenhaus Tiefenbrunn wurde dadurch zur ersten deutschen Traumafachklinik. (Annelise HEIGL-EVERS/Jürgen OTT [Hrsg.]: *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*, Göttingen 1995) – Mathias HIRSCH stellt FERENCZI in seiner sehr lesenswerten Monographie (a.a.O.) ausführlich vor als Protagonisten einer objektbeziehungstheoretisch orientierten Traumatherapie. Lesenswert ist auch sein konzises, praxisnahes Büchlein *Trauma* (Gießen 2011).

<sup>117</sup> In manchen fachlichen Darstellungen wird mehr oder minder unverhohlen seine zweifellos strapaziöse Patientin Elizabeth SEVERN als Ursache für FERENCZIS rapiden, zum Tod führenden physischen Zusammenbruch vermutet. Ich halte das für Ablenkungsmanöver. In seiner Arbeit mit schwer traumatisierten PatientInnen war FERENCZI zweifellos im Einklang mit sich; das zeigen seine hier dokumentierten Texte deutlich. Dies schließt nicht aus, daß er vermutlich in manchen therapeutischen Beziehungen – wie wir heute sagen würden: überinvolviert war. -> Zermürbender waren



## Sándor Ferenczi: Kinderanalysen mit Erwachsenen<sup>118</sup>

Meine Damen und Herren!

Es bedarf einer Erklärung oder Entschuldigung, daß in einer Vereinigung, in deren Mitte so viele Würdige und Würdigere dieses Amtes walten könnten, gerade ich, ein Fremder, zum Redner unserer heutigen Feier auserkoren wurde.<sup>119</sup> Die Anciennität allein, die 25 Jahre, die ich an der Seite des Meisters und unter seiner Führung erleben durfte, macht es nicht aus; sitzen doch in Ihren Reihen Kollegen, die ihm noch länger als ich treue Gefolgschaft leisten. Lassen Sie mich also eine andere Begründung konstruieren. Vielleicht wollten Sie diese Gelegenheit dazu benützen, um eine weitverbreitete und von Uneingeweihten und Widerständischen gerne gehörte Lüge aus der Welt zu schaffen. Unzählige Male hört man leichtsinnig hingeworfene Äußerungen über die Unduldsamkeit, die "Orthodoxie" unseres Lehrers. Er lasse in seinem Kreise keine Kritik seiner Theorien zu. Er dränge alle selbständigen Talente aus diesem Kreise heraus, um tyrannisch seinen wissenschaftlichen Willen durchzusetzen. Einige sprechen von seiner alttestamentarischen Strenge, die sie sogar rassentheoretisch begründen wollen. Nun, es ist eine traurige Wahrheit, daß ihm einige hervorragende Talente und viele Geringerwertige im Laufe der Zeit, nach kurzer oder längerer Gefolgschaft, den Rücken gekehrt haben. Sind sie wirklich rein wissenschaftlichen Motiven gefolgt? Ich meine, ihre wissenschaftliche Unfruchtbarkeit seit der Abkehr spricht nicht zu ihren Gunsten.

49

---

vermutlich die allgemeine kollegiale Mißachtung, die (über seinen Tod hinausgehenden) Anfeindungen und Ausgrenzungen durch die psychoanalytische Szene.

<sup>118</sup> Festvortrag, gehalten anlässlich des fünfundsiebzigsten Geburtstags von Sigmund FREUD in der *Wiener Psychoanalytischen Gesellschaft*, am 6. Mai 1931. (*Schriften zur Psychoanalyse II*; a.a.O., Seite 274-289)

<sup>119</sup> FERENCZI gehörte zu der von ihm mitbegründeten *Ungarischen Psychoanalytischen Gesellschaft* und praktizierte in Budapest.

## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Ich möchte nun Ihre freundliche Einladung an mich als Argument gegen die Orthodoxie der Internationalen Vereinigung und ihres geistigen Führers, Professor FREUD, in die Waagschale werfen. Ohne mich an Bedeutung mit den Kollegen, auf die ich anspiele, messen zu wollen – Tatsache ist, daß ich ziemlich allgemein als ein unruhiger Geist, oder wie man mir es unlängst in Oxford<sup>120</sup> sagte, als *enfant terrible* der Psychoanalyse bekannt bin.

Die Vorschläge, die ich in technischer und theoretischer Hinsicht Ihrem Urteil unterbreitete, werden von einer respektablen Mehrheit als phantastisch, allzu originell, bekrittelt. Ich kann auch nicht behaupten, daß FREUD selber mit allem, was ich publiziere, einverstanden ist. Er nahm kein Blatt vor den Mund, als ich ihn um seine Meinung bat. Er setzte aber gleich hinzu, daß die Zukunft in mancher Hinsicht mir recht geben mag, und weder ihm noch mir fällt es ein, wegen dieser Differenzen bezüglich der Methodik und der Theorie unsere Zusammenarbeit zu unterbrechen; sind wir doch über die wichtigsten Grundsätze der Psychoanalyse vollkommen einer Meinung.

In einer Hinsicht ist FREUD allerdings orthodox. Er schuf Werke, die seit mehreren Jahrzehnten unverändert, unangetastet, wie kristallisiert dastehen. Die Traumdeutung z. B. ist ein solch scharfgeschliffenes Juwel, inhaltlich und formal so festgefügt, daß sie allen Wandlungen der Zeiten und der Libido widersteht, so daß sich die Kritik kaum an sie heranwagt. Danken wir dem Schicksal, daß wir das Glück haben, mit diesem großen, und wie wir es laut verkünden können, liberalen Geiste zusammenwirken zu können. Hoffen wir, daß sein 75. Lebensjahr ihm zur ungebrochenen geistigen Frische auch die Herstellung der Körperkräfte bringen wird.<sup>121</sup>

50



Nun zum Thema meines heutigen Vortrags. Es fügte sich, daß sich im Laufe der letzten Jahre bei mir gewisse Erfahrungstatsachen der Analyse um Ideen gruppierten, die mich dazu drängen, den bisher so scharfen Gegensatz zwischen der Analyse der Kinder und der Erwachsenen wesentlich zu mildern.

Die ersten Ansätze der Kinderanalyse stammen aus Ihrer Gruppe. Abgesehen von einem einzigen, allerdings wegweisenden Versuch FREUDs, war die Wiener Analytikerin v.HUG-HELLMUTH<sup>122</sup> die erste, die sich methodisch mit der Analyse von Kindern befaßte.

---

<sup>120</sup> Der hier zuvor dokumentierte Vortrag *'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'* wurde 1930 in Oxford gehalten.

<sup>121</sup> FREUD war seit 1923 schwer krebbskrank.

<sup>122</sup> Hermine HUG-HELLMUTH (1871-1924) war Leiterin der Erziehungsberatungsstelle in Wien. Sie setzte schon früh das Spielen im diagnostischen und therapeutischen Prozeß ein. Ihr Umgang mit der psychoanalytischen Methode und



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Ihr verdanken wir die Idee, die Analyse mit Kindern sozusagen als Kinderspiel zu beginnen. Sie und später Melanie KLEIN sahen sich genötigt, wollten sie sich mit Kindern analytisch beschäftigen, wesentliche Änderungen an der Technik der Erwachsenenanalyse vorzunehmen, meist im Sinne einer Milderung der sonst üblichen technischen Strenge. Allgemein bekannt und geschätzt sind die systematischen Arbeiten Ihres Mitgliedes ANNA FREUD über diesen Gegenstand und die meisterhaft geschickten Kunstgriffe AICHHORNS<sup>123</sup>, auch die schwierigsten Kinder gefügig zu machen. Ich selber hatte mit Kindern analytisch sehr wenig zu tun, und es ist für mich selber eine Überraschung, nun von einer ganz anderen Seite her auf die Probleme der Kinderanalytik zu stoßen. Wie kam ich eigentlich dazu? Es ist in wenigen Worten erzählt, es ist aber nicht überflüssig, bevor ich diese Frage beantworte, Ihnen von einer persönlichen Eigenart meiner Arbeitsrichtung Mitteilung zu machen. Eine Art fanatischen Glaubens an die Leistungsfähigkeit der Tiefenpsychologie ließ mich die gelegentlichen Mißerfolge weniger als Folgen der "Unheilbarkeit", denn als die Konsequenz unseres eigenen Ungeschicks ansehen, eine Voraussetzung, die mich notwendigerweise dazu führte, in schweren, mit der üblichen Technik nicht zu bewältigenden Fällen Änderungen an dieser Technik vorzunehmen.

51

Ich entschieße mich also nur höchst ungern dazu, auch den zähesten Fall aufzugeben, und entwickelte mich zu einem Spezialisten besonders schwerer Fälle, mit denen ich mich viele, viele Jahre hindurch befasse. Urteile, wie: der Widerstand des Patienten sei unbezwingbar, oder, der Narzißmus gestatte es nicht, in dem Fall weiter vorzudringen, oder gar die fatalistische Ergebung in die sogenannte Versandung eines Falles, bleiben für mich unannehmbar. Ich dachte mir, solange der Patient überhaupt kommt, ist der letzte Faden der Hoffnung nicht gerissen. Ich mußte mir also immer wieder die Frage stellen: ist hier der Widerstand des Patienten die Ursache des Mißerfolges und nicht vielmehr unsere eigene Bequemlichkeit, die es verschmäht, sich den Eigenheiten der Person, auch in der Methodik, anzupassen? In solchen anscheinend versandeten Fällen, in denen die Analyse über recht lange Zeiten hindurch weder neue Einsichten noch therapeutische Fortschritte brachte, bekam ich die Empfindung, daß das, was wir freie Assoziation nennen, immer noch zu sehr bewußte Gedankenauswahl ist, drängte also die Patienten zu tieferer Relaxation, zu vollständigerer Hingebung an die ganz spontan auftauchenden inneren Eindrücke, Tendenzen und Emotionen. Je freier nun die

---

mit kindlichen Patienten wird retrospektiv zwiespältig beurteilt, vgl. Inge STEPHAN: *'Die Gründerinnen der Psychoanalyse'* (Stuttgart 1992)

<sup>123</sup> Der wiener Pädagoge August AICHHORN (1878-1949) belegte, daß Zwangserziehung in "Besserungsanstalten" keine positiven Erfolge bringt. Die Aggression bei Jugendlichen begründete er mit einem Liebesdefizit; verwahrlosten Jugendlichen begegnete er mit Liebe, Aufmerksamkeit und mitmenschlichem Interesse. AICHHORN wurde später Leiter der Wiener Psychoanalytischen Erziehungsberatung. Er gilt als Begründer der psychoanalytischen Pädagogik.



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Assoziation wirklich wurde, um so naiver – man könnte sagen, kindischer – wurden die Äußerungen und sonstigen Manifestationen der Patienten; immer häufiger mengten sich unter die Gedanken und bildmäßigen Vorstellungen auch kleine Ausdrucksbewegungen, gelegentlich auch "passagère Symptome", die dann, wie alles übrige auch, der Analyse unterzogen wurden. Nun erwies sich in einigen Fällen die kühl zuwartende Stummheit und Reaktionslosigkeit des Analytikers als eine Störung der Assoziationsfreiheit. Kaum, daß sich der Patient bereit findet, wirklich selbstvergessen alles herzugeben, was in ihm vorgeht, erwacht er wie mit einem Ruck plötzlich aus der Versunkenheit und beklagt sich, er könne doch unmöglich seine Gemütsbewegungen ernst nehmen, wenn er sieht, daß ich ruhig hinter ihm sitze, meine Zigarette rauche und höchstens etwa teilnahmslos und kühl mit der stereotypen Frage reagiere: "Nun, was fällt Ihnen dazu sein?"

Da dachte ich mir denn, daß es Mittel und Wege geben müßte, diese Assoziationsstörung zu beseitigen und dem Patienten Gelegenheit zu bieten, die um Durchbruch ringende Wiederholungstendenz in weiterem Ausmaß zu entfalten. Es dauerte aber recht lange, bis ich die ersten Anregungen dazu empfing, und zwar wieder von den Patienten selbst. Hier ein Beispiel: Ein im besten Mannesalter stehender Patient entschließt sich nach Überwindung schwerer Widerstände, insbesondere seines starken Mißtrauens, sich Vorgänge seiner frühesten Kindheit zu vergegenwärtigen. Dank der analysierten Aufhellung seiner Vorzeit weiß ich bereits, daß er mich in der wiedererlebten Szene mit seinem Großvater identifiziert. Auf einmal – mitten im Gespräch – schlingt er seinen Arm um meinen Hals und flüstert mir ins Ohr: "Du, Großpapa, ich fürchte, ich werde ein kleines Kind bekommen!" Da verfiel ich auf die, wie mir scheint, glückliche Idee, ihm zunächst nichts von Übertragung und dergleichen zu sagen, sondern im gleichen Flüsterton die Rückfrage an ihn zu richten: "Ja, warum glaubst du denn das?" Wie Sie sehen, habe ich mich da in ein Spiel eingelassen, das man Frage- und Antwortspiel nennen könnte, durchaus den Vorgängen analog, die uns die Kinderanalytiker berichten, und ich bin mit diesem kleinen Kunstgriff eine Zeitlang gut gefahren.

Glauben Sie aber ja nicht, daß ich in der Lage bin, in einem solchen Spiel alle möglichen Fragen zu stellen. Ist meine Frage nicht einfach genug, nicht wirklich der Fassungskraft eines *Kindes* angepaßt, so ist das Zwiegespräch bald abgebrochen, ja mancher Patient sagt mir gradwegs ins Gesicht, ich hätte mich ungeschickt benommen, sozusagen das Spiel verdorben. Das passierte mir nicht selten in der Art, daß ich in meine Antworten und Fragen Dinge mischte, von denen das Kind seinerzeit unmöglich wissen konnte. Eine noch energischere Zurückweisung wurde mir zuteil, wenn ich gar gelehrte, wissenschaftliche Deutungen zu geben versuchte. – Ich brauche Ihnen wohl nicht zu

## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

sagen, daß meine erste Reaktion auf solche Vorkommnisse eine Art autoritärer Empörung war. Für einen Moment fühlte ich mich durch die Zumutung verletzt, daß der Patient oder Schüler die Sachen besser wissen solle als ich selbst, zum Glück kam mir aber sofort der andere Gedanke, am Ende müsse er ja die Dinge über sich wirklich besser wissen, als ich sie erraten könne. Ich gab also die Möglichkeit des Irrtums meinerseits zu, und die Folge war nicht das Verlieren meiner Autorität, sondern die Steigerung seines Vertrauens zu mir. Nebenbei gesagt, waren einzelne Patienten darüber empört, daß ich dieses Verfahren ein Spiel nannte. Sie sagten, das sei ein Zeichen, daß ich die Sache nicht ernst nehme. Auch damit hat es seine Richtigkeit; bald mußte ich mir selbst und dem Patienten eingestehen, daß diese Spielereien viel von den ernsthaften Realitäten des Kindesalters versteckt enthalten. Den Beweis erhielt ich, als einzelne Patienten anfangen, aus diesem halb spielerischen Gehaben in eine Art halluzinatorischer Entrücktheit zu versinken, in der sie mir traumatische Vorgänge voragierten, deren unbewußte Erinnerung auch hinter dem Spielgespräch steckte. Bemerkenswerterweise machte ich bereits in den Anfängen meiner analytischen Laufbahn eine ähnliche Beobachtung. Ein Patient begann plötzlich mitten im Zwiegespräch mit mir in einer Art von hysterischem Dämmerzustand eine Szene zu agieren. Ich schüttelte damals den Mann recht energisch und schrie ihn an, er solle es doch zu Ende sagen, was er mir soeben sagen wollte. Diese Aufmunterung half, er gewann durch meine Person, wenn auch nur in eingeschränktem Maße den Kontakt mit der Außenwelt wieder und konnte mir einiges von seinen verborgenen Konflikten, statt in der Gebärdensprache seiner Hysterie, in verständlichen Sätzen mitteilen.

Wie Sie sehen, meine Damen und Herren, habe ich bei meinem Vorgehen den technischen Kunstgriff der "Spielanalyse" mit einem – allerdings auf eine Reihe von Beobachtungen gestützten – Vorurteil verbunden, dem nämlich, daß man sich mit keiner Analyse zufriedengeben darf, solange sie nicht die reale Reproduktion der traumatischen Vorgänge der Urverdrängung herbeigeführt hat, auf der Charakter und Symptombildung schließlich beruhen. Wenn Sie bedenken, daß nach unseren bisherigen Erfahrungen und Voraussetzungen die Mehrzahl der pathogenen Erschütterungen in die Kinderzeit fällt, werden Sie sich nicht darüber wundern, daß der Patient beim Versuch, die Genese seines Leidens preiszugeben, plötzlich ins Kindliche oder Kindliche verfällt. Nun erheben sich aber einige wichtige Fragen, die ich auch mir selber stellen mußte. Hat man etwas davon, wenn man einen Patienten in die kindliche Primitivität sinken und ihn in diesem Zustande frei agieren läßt? Ist damit wirklich eine analytische Aufgabe erfüllt? Ist das nicht etwa die Bekräftigung des uns vielfach gemachten Vorwurfs, die Analyse erziehe die Menschen zu unbeherrschter Triebhaftigkeit, oder sie provoziere einfach hysterische Anfälle, die doch auch ohne

## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

analytische Hilfe, aus äußeren Gründen, plötzlich auftreten können, ohne dem Menschen mehr als eine vorübergehende Erleichterung zu bringen? Und überhaupt, wie weit darf so ein analytisches Kinderspiel gehen? Gibt es Kriterien, die uns gestatten, die Grenze zu bestimmen, bis zu der die kindliche Relaxation gestattet werden darf, und bei der die erziehende Versagung beginnen muß?<sup>124</sup>

Natürlich ist mit der Reaktivierung der Kindlichkeit und mit der Reproduktion der Traumata im Agieren die analytische Aufgabe nicht erfüllt. Das spielerisch agierte oder sonstwie wiederholte Material muß einer gründlichen analytischen Durchforschung unterzogen werden. Natürlich hat FREUD recht, wenn er uns lehrt, daß es ein Triumph der Analyse ist, das Agieren durch Erinnerungen zu ersetzen; ich meine aber, es ist auch von Vorteil, bedeutsames Aktionsmaterial zu beschaffen, das man dann in Erinnerung umsetzen kann. Auch ich bin im Prinzip gegen unkontrollierte Ausbrüche, meine aber, daß es zweckdienlich ist, die verborgenen Aktionstendenzen möglichst breit aufzudecken, bevor man an die bedankliche Bearbeitung und damit gleichzeitig an die Erziehung zur Selbstbeherrschung herangeht. Auch die Nürnberger hängen keinen Dieb, sie hätten ihn denn. Glauben Sie also nicht, daß meine Analysen, die ich gelegentlich zum Kinderspiel degradiere, im Grunde so verschieden von den bisherigen sind. Die Stunden beginnen, wie immer, mit Gedanken, die von der psychischen Oberfläche ausgehen, befassen sich – wie auch sonst – recht viel mit den Ereignissen des Vortages, dann kommt etwa eine "normale" Traumanalyse, die allerdings schon gerne ins Infantile oder in die Aktion ausartet. Aber ich lasse keine Stunde vergehen, ohne das Aktionsmaterial gründlich zu analysieren, natürlich unter voller Verwertung alles dessen, was wir von Übertragung und Widerstand und von der Metapsychologie der Symptombildung wissen und dem Patienten bewußt zu machen haben.

Auf die zweite Frage, wie weit die Aktion im Kinderspiel gehen darf, kann man antworten: auch der Erwachsene sollte in der Analyse sich wie ein schlimmes, d. h. unbeherrschtes Kind benehmen dürfen, wenn er aber selber in den Fehler verfällt, den er uns gelegentlich vorwirft, wenn er also beim Spiel aus der Rolle fällt und darauf ausgeht, die infantile Realität in den Aktionen eines Erwachsenen auszuleben, dann muß man ihm zeigen, daß nun eben er der Spielverderber ist; und es muß so gelingen, wenn auch oft mit Mühe, ihn dazu zu bringen, Art und Umfang seines Betragens auf das Kindliche zu beschränken. In diesem Zusammenhang möchte ich der Vermutung Ausdruck geben, daß die gemüthlichen Ausdrucksbewegungen des Kindes, insbesondere auch die libidinösen, im Grunde auf das zärtliche Mutter-Kind-Verhältnis zurückgehen

---

<sup>124</sup> An diese Frage knüpfte FERENCZIS Schüler (und Herausgeber seiner Werke) Michael BALINT an mit seinem letzten Hauptwerk *'The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression'* (London 1968; deutsch: *'Therapeutische Aspekte der Regression'*, Stuttgart 1970)



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

und daß die Elemente der Bosheit, der Leidenschaftlichkeit, der unbeherrschten Perversion meist schon die Folgen taktloser Behandlung seitens der Umgebung sind. – Es ist für die Analyse von Vorteil, wenn es dem Analytiker gelingt, mit nahezu grenzenloser Geduld, Verständnis, Wohlwollen und Freundlichkeit dem Patienten soweit als möglich entgegenzukommen. Man schafft sich so einen Fonds, auf den gestützt man die früher oder später unvermeidlichen Konflikte mit Aussicht auf Versöhnung auskämpfen kann. Der Patient wird dann unser Benehmen als Kontrast zu den Erlebnissen in der wirklichen Familie empfinden, und da er sich nun vor der Wiederholung geschützt weiß, getraut er sich, in die Reproduktion der unlustvollen Vergangenheit zu versinken. Die Vorgänge, die sich dabei abspielen, erinnern lebhaft an jene, die uns von den Kinderanalytikern berichtet werden. Es kommt z. B. vor, daß der Patient beim Bekennen einer Schuld plötzlich unsere Hand erfaßt und uns bittet, ihn ja nicht zu schlagen. Recht häufig versuchen die Kranken, den bei uns vermuteten versteckten bösen Willen durch Schlimmheit, Sarkasmus, Zynismus, verschiedene Unarten, auch Grimassen, zu provozieren. Es ist nicht vorteilhaft, auch unter diesen Umständen den immer Guten und Nachsichtigen zu spielen, es ist ratsamer, ehrlich einzugestehen, sein Benehmen berühre uns unangenehm, daß wir uns aber beherrschen müssen, wissend, daß er sich nicht ohne Grund der Mühe des Schlimmseins unterziehe. Man erfährt dann auf diese Weise so manches von der Unaufrichtigkeit und der Hypokrisie, die der Patient in seiner Umgebung in der Form von zur Schau getragener oder behaupteter Liebe oft beobachten mußte, seine Kritik vor allen, später auch vor sich selbst verbergend.

55

Nicht selten bringen uns die Patienten, oft mitten in der Assoziation, kleine selbstgemachte Geschichten, oder gar Gedichte, Reime, manchmal verlangen sie nach einem Zeichenstift, um uns irgendein meist sehr naives Bild zum Geschenk zu machen. Natürlich lasse ich sie gewähren und diese kleinen Gaben zum Ausgangspunkt weiterer Phantasiebildungen nehmen, die ich nachher der Analyse unterziehe. Klingt nicht schon das allein wie ein Stück kinderanalytischer Erfahrung? – Gestatten Sie übrigens, daß ich bei dieser Gelegenheit einen taktischen Fehler bekenne, dessen Gutmachung mir in einer prinzipiell wichtigen Frage zu einer besseren Einsicht verhalf. Ich meine das Problem, inwiefern das, was ich mit meinen Patienten triebe, Suggestion oder Hypnose ist. Unsere Kollegin Elizabeth SEVERN<sup>125</sup>, die sich bei mir in Lehranalyse befindet, machte

---

<sup>125</sup> Elizabeth SEVERN, geb. Brown (1879-1959) war Patientin mit erheblichen Traumfolgeschädigungen. Der Austausch mit ihr hatte zweifellos großen Einfluß auf FERENCZIS theoretische und technische Neuerungen in diesem Bereich. SEVERN wird auch in anderen hier wiedergegebenen Arbeiten erwähnt, im *'Klinischen Tagebuch'* taucht sie als R.N. auf. Sie war selbst therapeutisch tätig – wenn auch nicht als Psychoanalytikerin – und hat mehrere Bücher verfaßt, darunter *'The Discovery of the Self: A Study of Psychological Cure'* (London: Rider & Co. 1933 und Philadelphia: David McKay Company 1934). Jeffrey MASSON (1984, Seite 188 ff.) zitiert ausführlich aus dem Buch, allerdings stellt das bei ihm reproduzierte Gemälde nicht Elisabeth, sondern deren Tochter Margarete dar (nach Christopher FORTUNE: *'Sandor Ferenczi's Analysis of 'R.N.': A Critically Important Case in the History of*



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

mich – über dieses Thema wie über manches andere disputierend – einmal darauf aufmerksam, daß ich zeitweise mit meinen Fragen und Antworten die Spontaneität der Phantasieproduktion störe. Ich sollte meine Hilfe bei der Produktion darauf beschränken, die etwa erlahmende Kraft des Geistes zu weiterer Tätigkeit anzuspornen, ängstliche Hemmungen zu überwinden u. dgl. Noch besser sei es, wenn ich die Anregung in die Form von sehr einfachen Fragen statt Behauptungen kleide, die den Analysanden zwingen, die Arbeit mit eigenen Mitteln fortzusetzen. Die theoretische Formulierung, die daraus folgt, und deren Befolgung ich so manche Einsicht verdanke, ist die, daß die Suggestion, die man sich auch in Analysen gestatten darf, eher allgemeine Ermutigung als spezielle Wegweisung sein soll. Ich denke, das ist wesentlich von den sonst bei Psychotherapeuten üblichen Suggestionen verschieden; es ist eigentlich nur eine Verstärkung der in der Analyse doch unvermeidlichen Aufgabenstellung: Nun legen Sie sich hin, lassen Sie Ihre Gedanken frei spielen und sagen Sie uns alles, was Ihnen in den Sinn kommt. Auch das Phantasiespiel ist nur eine ähnliche, allerdings verstärkte Ermutigung. Was die Frage der Hypnose anbelangt, mag sie in gleicher Weise beantwortet werden. Elemente der selbstvergessenen Entrückung sind bei der freien Assoziation unvermeidlich; die Aufforderung, hier weiter und tiefer zu gehen, führt allerdings gelegentlich – ehrlich gestanden, bei mir recht häufig – zur Entstehung tieferer Entrücktheit, die man, wenn sie sich gleichsam halluzinatorisch gebärdet, meinetwegen Autohypnose nennen darf; meine Patienten nennen es gerne einen Trancezustand. Wichtig ist, daß man dieses gewiß viel hilflosere Stadium nicht dazu mißbraucht, eigene Theorien und eigene Phantasiegebilde in die widerstandslose Psyche des Patienten zu pressen, sondern diesen nicht zu leugnenden großen Einfluß dazu verwertet, die Fähigkeit des Patienten zu Eigenproduktionen zu vertiefen. Mit einem sprachlich gewiß unschönen Ausdruck könnte man also sagen, die Analyse darf nicht Dinge in den Patienten hineinsuggerieren oder -hypnotisieren; heraus suggerieren oder -hypnotisieren ist aber gestattet, ja förderlich. Und hier eröffnet sich ein pädagogisch bedeutsamer Ausblick auf den Weg, den man auch in der rationellen Kindererziehung betreten sollte. Die Beeinflussbarkeit der Kinder, ja ihre Neigung, sich in Momenten der Hilflosigkeit widerstandslos auf einen "Großen" zu stützen, also ein Stück Hypnotismus in der Beziehung zwischen Kindern und Erwachsenen, ist unleugbare Tatsache, mit der man sich abfinden muß. Doch anstatt, wie üblich, die große Macht, die die Erwachsenen den Kindern gegenüber haben, immer noch dazu zu verwenden, die eigenen starren Regeln in die plastische Seele des Kindes wie etwas von

---

*Psychoanalysis*', in: British Journal of Psychotherapy Volume 9, Issue 4, June 199, Seite 436–443); vgl. auch [http://www.psychanalytikerinnen.de/usa\\_biografien.html#Severn](http://www.psychanalytikerinnen.de/usa_biografien.html#Severn) sowie Christopher FORTUNE: '*Sandor Ferenczis radikales psychoanalytisches Experiment*' (Psyche 48, 1994, Seite 683-705; englisches pdf: <http://www.newschool.edu/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=43081> )



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

außen Oktroyiertes einzudrücken, könnte sie zu einem Mittel der Erziehung zu größerer Selbständigkeit und Mut ausgestaltet werden.

Fühlt sich der Patient in der analytischen Situation verletzt, enttäuscht, im Stich gelassen, so beginnt er manchmal, wie ein verlassenes Kind mit sich selbst zu spielen. Man hat entschieden den Eindruck, daß Verlassensein eine Persönlichkeitsspaltung nach sich zieht. Ein Teil der eigenen Person beginnt Mutter- oder Vaterrolle mit dem restlichen Teil zu spielen und macht dadurch das Verlassensein sozusagen ungeschehen. Merkwürdigerweise werden bei diesem Spiel nicht nur einzelne Körperteile, wie Hand, Finger, Füße, Genitalien, Kopf, Nase, Auge Vertreter der ganzen Person, an der alle Peripetien der eigenen Tragödie zur Darstellung gebracht und dann zu einem versöhnlichen Ende geführt werden, sondern man bekommt Einblicke in die Vorgänge jener von mir so benannten *narzißtischen Selbstspaltung* in der geistigen Sphäre selbst.<sup>126</sup> Man erstaunt über die große Menge autosymbolischer Selbstwahrnehmungen oder unbewußter Psychologie, die in den Phantasieproduktionen der Analysanden wie offenbar in denen der Kinder zutage treten. Es wurden mir kleine Märchen erzählt, in denen etwa ein böses Tier einen Gallertfisch mit seinen Zähnen und Krallen vernichten will, ihm aber nichts anhaben kann, weil er wegen seiner Geschmeidigkeit vor jedem Stich und Biß ausweicht und dann seine Kugelform wiedererlangt. Diese Geschichte läßt zwei Deutungen zu: sie drückt einerseits die passive Resistenz aus, die der Patient den Angriffen der Umwelt entgegensetzt, andererseits ist sie die Darstellung der Spaltung der eigenen Person in einen schmerzlich fühlenden, brutal destruierten und in einen gleichsam alles wissenden, aber fühllosen Teil. Noch deutlicher wird dieser Urvorgang der Verdrängung in Phantasien und Träumen ausgedrückt, in denen der Kopf, d. h. das Denkorgan, vom übrigen Körper abgetrennt auf eigenen Füßen steht oder mit dem übrigen Körper nur durch einen Faden verbunden ist, alles Dinge, die nicht nur nach historischer, sondern auch nach autosymbolischer Auslegung verlangen.

Über die metapsychologische Bedeutsamkeit aller dieser Spaltungs- und Wiederverwachsungsvorgänge will ich mich bei dieser Gelegenheit nicht näher auslassen. Es genügt mir, wenn ich Ihnen meine Ahnung übermitteln konnte, daß wir in der Tat von unseren Kranken, unseren Schülern und offenbar auch von den Kindern noch so manches zu lernen haben.

---

<sup>126</sup> Es handelt sich hier nicht um das in Heinz KOHUTS Narzißmustheorie vorkommende gleichnamige Phänomen.



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Schon vor vielen Jahren machte ich eine kurze Mitteilung über die relative Häufigkeit eines typischen Traumes; ich nannte ihn den Traum vom gelehrten Säugling.<sup>127</sup> Es sind das Träume, in denen ein eben geborenes Kind oder ein Säugling in der Wiege plötzlich zu reden beginnt und den Eltern oder sonstigen Erwachsenen weise Ratschläge erteilt. In einem meiner Fälle nun gebärdete sich die Intelligenz des unglücklichen Kindes in der analytischen Phantasie wiederum als besondere Person, deren Aufgabe es war, einem beinahe tödlich verletzten Kind rasch Hilfe zu bringen. "Rasch, rasch, was soll ich machen? Man hat mein Kind verwundet! Niemand da, wer ihm helfen kann! Es verblutet ja! Es atmet kaum mehr! Ich muß die Wunde selbst verbinden. Nun, Kind, atme tief, sonst stirbst du. Jetzt stockt das Herz! Es stirbt! Es stirbt! ..." Nun hörten die Assoziationen, die sich an eine Traumanalyse knüpften, auf, der Patient bekommt einen Opisthotonus<sup>128</sup>, macht Bewegungen wie zum Schutze des Unterleibs. Es gelang mir aber, den Kontakt mit dem beinahe komatösen Kranken wiederherzustellen und ihn mit Hilfe der oben charakterisierten Ermutigung und Fragestellungen zum Ausagen über ein im frühen Kindesalter erlittenes Sexualtrauma zu zwingen.

Was ich jetzt hervorheben möchte, ist das Licht, das diese und ähnliche Beobachtungen auf die Genese der *narzißtischen Selbstspaltung* werfen. Es scheint wirklich, daß unter dem Druck einer immanenten Gefahr ein Stück unserer selbst sich als selbstwahrnehmende und sich-selbst-helfen-wollende Instanz abspaltet, möglicherweise schon im frühen und allerfrühesten Kindesalter. Ist es uns doch allen bekannt, daß Kinder, die moralisch oder körperlich viel gelitten haben, die Gesichtszüge des Alters und der Klugheit bekommen. Sie neigen dazu, auch andere zu bemuttern, sie dehnen dabei offenbar die Kenntnisse, die sie beim Behandeln des eigenen Leidens schmerzlich errungen haben, auch auf andere aus, sie werden gut und hilfsbereit. Nicht alle gehen so weit in der Bewältigung der eigenen Schmerzen, manche bleiben in Selbstbeobachtung und Hypochondrie stecken.

Zweifellos aber ist, daß hier der vereinigten Kraft der Analyse und der Kinderbeobachtung noch ungeheure Aufgaben gestellt sind, Fragestellungen, zu denen uns wesentlich die Gemeinsamkeiten in den Analysen von Kindern und Erwachsenen verhelfen.

---

<sup>127</sup> 'Der Traum vom >gelehrten Säugling<' (1923), in: 'Schriften zur Psychoanalyse, Band II' (a.a.O., Seite 137) – Siehe hierzu auch Alice MILLERS bekannte Metapher vom "Drama des begabten Kindes".

<sup>128</sup> Starrkrampf im Bereich der Rücken- und Genickmuskulatur (*Anmerkung in der Originalausgabe*)



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Das Verfahren, das ich meinen Analysanden gegenüber anwende, kann man mit Recht eine Verzärtelung nennen. Mit Aufopferung aller Rücksichten auf eigene Bequemlichkeit gibt man den Wünschen und Regungen, soweit als irgend möglich, nach. Man verlängert die Analysenstunde, bis eine Ausgleichung der vom Material angeregten Emotionen erreicht ist; man läßt den Patienten nicht allein, bevor die unvermeidlichen Konflikte in der analytischen Situation durch Aufklärung der Mißverständnisse und Rückführung auf die infantilen Erlebnisse in versöhnlichem Sinne gelöst sind. Man verfährt also etwa wie eine zärtliche Mutter, die abends nicht schlafen geht, ehe sie alle schwebenden kleinen und großen Sorgen, Ängste, böse Absichten, Gewissenskrupel mit dem Kind durchgesprochen und in beruhigendem Sinn erledigt hat. Mit dieser Hilfe gelingt es uns, den Patienten in alle frühen Stadien der *passiven Objektliebe* versinken zu lassen, in denen er – wirklich wie ein eben einschlafendes Kind – in hingemurmelten Sätzen Einsicht in seine Traumwelt gewährt. Ewig kann aber dieses zärtliche Verhältnis auch in der Analyse nicht dauern. *L'appétit vient en mangeant.*<sup>129</sup> Der zum Kind gewordene Patient geht mit seinen Ansprüchen weiter und weiter, verzögert das Eintreten der Versöhnungssituation immer mehr und mehr, um dem Alleinsein, d. h. dem Gefühl des Nichtgeliebtwerdens, zu entgehen, oder er trachtet mit mehr und mehr gefährlich werdenden Drohungen uns zu einer Strafhandlung zu veranlassen. Je tiefer und ersprießlicher die Übertragungssituation war, um so größer wird natürlich der traumatische Effekt des Moments sein, in dem man sich schließlich gezwungen sieht, der Schrankenlosigkeit ein Ende zu setzen. Der Patient gerät in die uns so wohlbekannte Versagungssituation, die zunächst die hilflose Wut und die darauffolgende Lähmung aus der Vergangenheit reproduziert, und es gehört viel Mühe und taktvolles Verständnis dazu, die Versöhnung auch unter solchen Umständen im Gegensatz zur dauernden Entfremdung in der Kindheitssituation wiederherzustellen. Dabei hat man Gelegenheit, einiges davon zu sehen, was den Mechanismus der Traumatogenese ausmacht: zunächst die vollkommene Lähmung jeder Spontaneität, auch jeder Denkarbeit, ja schockartige oder komatöse Zustände auch auf körperlichem Gebiet, dann die Herstellung einer neuen – verschobenen – Gleichgewichtssituation. Gelingt es uns, den Kontakt auch in diesen Stadien herzustellen, so erfahren wir, daß das sich verlassen fühlende Kind sozusagen alle Lebenslust verliert, oder wie wir es mit FREUD sagen müßten, die Aggression gegen die eigene Person wendet. Dies geht manchmal soweit, daß der Patient anfängt, die Gefühle des Vergehens und Sterbens zu erleben, man sieht das Auftreten tödlicher Blässe im Gesicht, auch ohnmachtähnliche Zustände, oder allgemeine Steigerung des Muskeltonus, die den Grad eines Opisthotonus erreichen kann. Was sich da vor uns

---

<sup>129</sup> Franz.: Der Appetit kommt beim Essen.



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

abspielt, ist die Reproduktion der seelischen und körperlichen Agonie, die unfaßbarer und unerträglicher Schmerz nach sich zieht.<sup>130</sup> Nur nebenbei bemerke ich, daß mir die "sterbenden" Patienten auch interessante Nachrichten aus dem Jenseits und über die Natur des Seins nach dem Tode bringen, Äußerungen, deren psychologische Würdigung zu weit führen würde. Die oft bedrohlichen Erscheinungen, über die ich mich mit dem Kollegen Dr. RICKMAN<sup>131</sup> aus London aussprach, regten ihn zur Frage an, ob ich denn Medikamente zur Hand habe, um gegebenenfalls lebensrettend einzugreifen. Ich konnte auf diese Frage bejahend antworten, bisher kam es aber nie dazu, ein solches in Anwendung zu bringen. Taktvoll beruhigende Worte, unterstützt etwa von ermutigendem Händedruck, wenn das nicht genügt, freundliches Streicheln des Kopfes, mildern die Reaktion zu einem Grade, bei dem der Patient wieder zugänglich wird. Als Kontrast zu unserer Handlungsweise erfahren wir dann vom Patienten von unzweckmäßigen Aktionen und Reaktionen der Erwachsenen beim Manifestwerden kindlich traumatischer Erschütterungen. Das schlimmste ist wohl die Verleugnung, die Behauptung, es sei nichts geschehen, es tue nicht weh, oder gar Geschlagen- oder Beschimpftwerden bei Äußerungen traumatischer Denk- und Bewegungslähmung; diese erst machen das Trauma pathogen. Man hat den Eindruck, daß auch schwere Erschütterungen ohne Amnesie und neurotische Folgen überwunden werden, wenn die Mutter mit ihrem Verständnis und ihrer Zärtlichkeit und, was das seltenste ist, mit voller Aufrichtigkeit bei der Hand ist.

Ich bin hier auf die Einwendung gefaßt, ob es denn notwendig sei, den Patienten zuerst durch Verzärtelung in den Wahn grenzenloser Sicherheit einzuwiegen, um ihn dann ein um so schmerzlicheres Trauma erleben zu lassen. Meine Entschuldigung ist die, daß ich diesen Vorgang nicht absichtlich herbeigeführt habe, er entwickelte sich als Folge des meines Erachtens legitimen Versuchs, die Freiheit der Assoziationen zu verstärken; ich habe eine gewisse Achtung vor solchen spontan sich ergebenden Reaktionen, lasse sie also ungestört eintreten und vermute, daß sie Reproduktionstendenzen manifestieren, die man – wie ich meine – nicht hemmen, sondern zur Entfaltung bringen soll, ehe man sie zu meistern versucht. Ich muß den Pädagogen die Entscheidung darüber überlassen,

---

<sup>130</sup> Vgl. den hier als erstes dokumentierten Vortrag *'Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb'*.

<sup>131</sup> Der englische Psychoanalytiker John RICKMAN ging 1919 nach Wien und machte dort bis 1922 eine psychoanalytische Ausbildung bei FREUD. 1926 war er Herausgeber einer umfangreichen englischen Ausgabe von FERENCZIs Aufsätzen: *'Further Contributions to the Theory and Technique of the Psycho-Analysis'*, London 1926), 1928 zog er nach Budapest, wo er Lehranalyse bei FERENCZI machte. Anschließend war an der Tavistock Clinic in London (die 1920 als karitative Einrichtung zur Behandlung vom Krieg traumatisierter Soldaten gegründet worden war). Ab 1938 machte Alfred BION bei ihm eine Lehranalyse. Beide arbeiteten später in mehreren Projekten zusammen. RICKMAN kam aus einer Quäker-Familie und war bekannt für sein offensives Eintreten für soziale Gerechtigkeit, Gleichberechtigung der Geschlechter und Gewaltlosigkeit. (Nach der englischen Wikipedia) Siehe auch Pearl KING (Hrsg.): *'No Ordinary Psychoanalyst: The Exceptional Contributions of John Rickman'* (London 2003)



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

inwieweit solche Erfahrungen auch in der gewöhnlichen Kindererziehung zu finden sind.

Höchst merkwürdig, ich kann auch getrost sagen, bedeutsam ist das Benehmen der Patienten nach dem Erwachen aus solcher infantil-traumatischer Entrückung. Man gewinnt da förmlich Einblick in die Schaffung von Prädilektionsstellen<sup>132</sup> der bei späteren Erschütterungen einsetzenden Symptome. Eine Patientin z. B., die während der traumatischen Konvulsion ungeheuren Blutandrang im Kopfe bekam, sodaß sie blau im Gesicht wurde, erwacht wie aus einem Traum und weiß von den Vorgängen und ihren Ursachen nichts, sie fühlt nur den Kopfschmerz, eines ihrer gewöhnlichen Symptome, außerordentlich verstärkt. Ist man da nicht auf der Spur der physiologischen Prozesse, die die hysterische Verschiebung von einer rein psychischen Gemütsbewegung auf ein Körperorgan zustande bringen? Ich könnte Ihnen ein halbes Dutzend solcher Beispiele mit Leichtigkeit zitieren, einige mögen genügen. Ein Patient, der als Kind von Vater, Mutter, ich möchte sagen von allen Göttern verlassen, den peinlichsten körperlichen und seelischen Leiden ausgesetzt war, erwacht aus dem traumatischen Koma mit Unempfindlichkeit und leichenhafter Blässe einer Hand, im übrigen ist er, abgesehen von der Amnesie, ziemlich gefaßt und fast plötzlich leistungsfähig. Es war nicht schwer, die Verschiebung alles Leidens, ja des Sterbens, auf einen einzigen Körperteil, sozusagen in flagranti, zu ertappen: die leichenblasse Hand repräsentierte die ganze leidende Person und den Ausgang ihres Kampfes in Empfindungslosigkeit und Sterben. Ein anderer begann nach der Traumareproduktion zu hinken: die mittlere Zehe eines Fußes wurde schlaff und nötigte den Patienten, auf jeden Schritt mit bewußter Aufmerksamkeit zu achten. Abgesehen von der sexualsymbolischen Bedeutung der mittleren Zehe, drückte sie in ihrem Benehmen die sich selbst gegebene Warnung aus: Sei vorsichtig, bevor du einen Schritt machst, damit dir nicht wieder dergleichen passiert. Der englischredende Patient ergänzte meine Deutung mit der Bemerkung: "Sie meinen etwa, ich stelle nur die englische Redensart dar: *Watch your step.*"

Wenn ich da plötzlich innehalte und mir die Worte vergegenwärtige, die auf den Lippen meiner Zuhörer schweben, so höre ich gleichsam von allen Seiten die erstaunte Frage: Ist denn das eigentlich noch Psychoanalyse zu nennen, was in den Kinderanalysen der Erwachsenen vorgeht? Sie reden ja fast ausschließlich von Gefühlsausbrüchen, von lebhaften, ja halluzinatorischen Reproduktionen traumatischer Szenen, von Krämpfen und Parästhesien, die man getrost hysterische Anfälle nennen kann. Wo bleibt da die feine, ökonomisch-topisch-dynamische Zerlegung und der Wiederaufbau der Symptomatik, das Verfolgen der wechselnden Energiebesetzungen des Ichs und des

---

<sup>132</sup> Als Prädilektionsstelle (Prädilektion = Vorliebe) wird in der Medizin die von einem bestimmten Krankheitsprozeß bevorzugte Körperregion bezeichnet.

## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Über-Ichs, die die moderne Analyse charakterisieren? Tatsächlich beschränke ich mich in diesem Vortrag fast ausschließlich auf die Würdigung des traumatischen Momentes, was natürlich in meinen Analysen auch nicht im entferntesten der Fall ist. Monate-, oft jahrelang verlaufen auch meine Analysen auf dem Niveau der Konflikte zwischen den intrapsychischen Energien. Bei Zwangsneurotikern z.B. dauert es manchmal ein Jahr und noch länger, bevor das Emotionelle überhaupt zur Sprache kommt; auf Grund des auftauchenden Materials können der Patient und ich in diesen Zeiten nichts anderes leisten, als den Entstehungsursachen der Vorbeugungsmaßnahmen, der Ambivalenz in der Gefühlseinstellung und in der Handlungsweise, den Motiven der masochistischen Selbstpeinigung usw. intellektuell nachzugehen. Soweit aber meine Erfahrung reicht, kommt es früher oder später, allerdings oft sehr spät zum Zusammenbruch des intellektuellen Überbaues und zum Durchbruch der doch stets primitiven, stark emotiven Grundlage, und nun erst beginnt die Wiederholung und Neuerledigung des ursprünglichen Konflikts zwischen dem Ich und der Umwelt, wie sie<sup>133</sup> sich in der Infanzzeit abgespielt haben muß. Vergessen wir nicht, daß die Reaktionen des kleinen Kindes auf Unlust zunächst immer körperlicher Natur sind; erst später lernt das Kind seine Ausdrucksbewegungen, die Vorbilder jedes hysterischen Symptoms, beherrschen. Man muß also zwar den Nervenärzten darin recht geben, daß der moderne Mensch viel seltener offenkundige Hysterien produziert, als sie noch vor wenigen Jahren als ziemlich allgemein verbreitet beschrieben worden sind. Es scheint, als ob mit vorschreitender Kultur auch die Neurosen kultivierter und erwachsener geworden wären. Ich meine aber, daß bei entsprechender Geduld und Ausdauer auch festgebaute, rein intrapsychische Mechanismen abgebaut und auf das Niveau des infantilen Traumas reduziert werden können.

62

Eine andere heikle Frage, die man mir unverzüglich vorlegen wird, ist die der therapeutischen Resultate. Sie werden es nur zu gut verstehen, daß ich mich diesbezüglich einer dezidierten Äußerung noch enthalte. Zwei Dinge muß ich aber gestehen; meine Hoffnung, die Analyse mit Hilfe von Relaxation und Katharsis wesentlich *zu verkürzen*, hat sich vorläufig nicht erfüllt, und die Mühseligkeit der Arbeit für die Analytiker wurde durch sie wesentlich gesteigert. Was aber durch sie gefördert wurde und, wie ich hoffe, noch bedeutend gefördert werden wird, ist die Tiefe unserer Einsicht in die Tätigkeit der gesunden und kranken Menschenseele und die berechtigte Hoffnung, daß der therapeutische Erfolg, der sich auf diese tieferen Grundlagen stützt, soweit er zustande kommt, mehr Aussicht auf Bestand haben wird.

---

<sup>133</sup> sic! Müßte wohl "er" heißen.



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Und nun zum Schluß eine praktische wichtige Frage. Müssen und können auch die *Lehranalysen* bis zu dieser tiefen Infantilschicht vordringen? Bei der Terminlosigkeit<sup>134</sup> meiner Analysen führt das zu ungeheuren praktischen Schwierigkeiten; und doch glaube ich, daß jeder, der die Ambition hat, andere verstehen und anderen helfen zu wollen, dieses große Opfer nicht scheuen sollte. Auch die rein aus beruflichen Gründen Analysierten müssen also im Laufe ihrer Analyse ein bißchen hysterisch, also ein bißchen krank werden, und da zeigt sich denn, daß auch die Charakterformung als entfernte Folge von recht starken Infantilträumen anzusehen ist. Ich glaube aber, daß das kathartische Resultat dieses Untertauchens in Neurose und Kindheit am Ende erquickend wirkt und, wenn zu Ende geführt, keinesfalls schadet. Jedenfalls ist dieses Verfahren viel weniger gefährlich als die opferwilligen Versuche mancher Kollegen, die Infektionen und Vergiftungen am eigenen Leibe studiert haben.

Meine Damen und Herren! Sollten die Gedanken und Gesichtspunkte, die ich Ihnen heute mitteilte, irgendwann Anerkennung finden, so wird das Verdienst ehrlich zwischen mir und meinen Patienten und Kollegen geteilt werden müssen. Natürlich auch mit den oben bereits genannten Kinderanalytikern; ich wäre glücklich, wenn es mir gelungen wäre, wenigstens die Anfänge einer intimeren Kooperation mit ihnen angebahnt zu haben.

Es würde mich nicht wundern, wenn Sie von diesem Vortrag wie von einigen anderen, die ich in den letzten Jahren publizierte, den Eindruck einer gewissen Naivität der Anschauung empfangen hätten. Wenn jemand nach fünfundzwanzigjähriger Analysenarbeit plötzlich anfängt, die Tatsache der psychischen Traumen anzustaunen, so mag er Ihnen ebenso merkwürdig vorkommen wie jener mir bekannte Ingenieur, der nach fünfzigjähriger Dienstzeit in Pension ging, sich aber jeden Nachmittag zur Bahnstation begab, um den eben abfahrenden Zug anzustaunen, oft mit dem Ausruf: "Ist denn die Lokomotive nicht eine wunderbare Erfindung!" Es ist möglich, daß ich auch diese Tendenz oder Fähigkeit zum naiven Anschauen des Altbekanntes von unserem Lehrer erlauscht habe, der während eines unserer gemeinsamen, mir unvergeßlichen Sommeraufenthalte mich eines Morgens mit der Mitteilung überraschte: "Sehen Sie, Ferenczi, der Traum ist wirklich eine Wunscherfüllung!" und mir seinen letzten Traum erzählte, der allerdings eine glänzende Bestätigung seiner genialen Traumtheorie war.

---

<sup>134</sup> Gemeint ist hier FERENCZIS flexibler Umgang mit der zeitlichen Begrenzung von Therapiestunden, wohl auch hinsichtlich der Gesamtdauer der Analyse – nicht etwa, daß PatientInnen aus eigenem Impuls zu jeder Zeit kommen können.



## Kinderanalysen mit Erwachsenen

---

Ich hoffe, meine Damen und Herren, daß Sie das von mir Mitgeteilte nicht sofort verwerfen, sondern Ihr Urteil aufschieben werden, bis Sie sich Erfahrungen unter den nämlichen Bedingungen geholt haben. Jedenfalls danke ich für die freundliche Geduld, mit der Sie meine Ausführungen anhörten.



## Sándor Ferenczi: Fragmente und Notizen

### Zum Text

Die rund sechzig Fragmente und Notizen, zumeist von 1930-1932, die von FERENCZIS Nachlaßverwaltern (Michael und Alice BALINT, Vilma KOVACS) unter seinen Papieren gefunden wurden, werden von Michael BALINT im Vorwort zum *Klinischen Tagebuch* als "eine Art Prolegomena zum Tagebuch" bezeichnet. Veröffentlicht wurden diese auf einzelnen Blättern, auch auf teilbedruckten Reklamezetteln notierten Fragmente im Band IV der ersten Gesamtausgabe von Schriften Sándor FERENCZIS: *Bausteine zur Psychoanalyse*. Band I und II waren noch vom Autor selbst zusammengestellt worden, die Bände III und IV wurden nach seinem Tod herausgegeben und übersetzt durch seine drei Nachlaßverwalter. Diese Bände wurden in Budapest gedruckt; nach dem mittlerweile erfolgten "Anschluß" Österreichs an NS-Deutschland wurde der Internationalen Psychoanalytische Verlag (in Wien und Leipzig) liquidiert. Die Bände I und II konnten nach komplizierten Verhandlungen mit den Nazi-Behörden aus Österreich in die Schweiz exportiert werden, wo sie, ebenso wie die Bände III und IV, vom Verlag Hans Huber Bern übernommen wurden.<sup>135</sup> Noch die Taschenbuchausgabe der *Bausteine* (Frankfurt/Berlin 1985) ist offenbar eine unveränderter Nachdruck der 1938 nominell noch im Internationalen Psychoanalytischen Verlag Leipzig erschienenen Erstausgabe.

Fünf der Fragmente wurden genutzt für das 1933 bei der budapester Trauerveranstaltung zum Gedenken an Ferenczi verlesene Kompilat *'Gedanken über das Trauma'*, das hier an anderer Stelle dokumentiert wird; diese Texte wurden in das folgende Kapitel nicht aufgenommen.

Selbst die hier themenbezogen ausgewählten Notizen vermitteln etwas von FERENCZIS vielfältig-assoziativem psychoanalytischen Weiterdenken. Auch in den letzten Jahren vor seinem plötzlichen Tod war er keineswegs unangemessen fixiert auf das Traumathema, wie es von manchen (auch Sigmund FREUD) unterstellt wurde. Bis zuletzt zeigt sich FERENCZI an vielen Stellen seines Werks als Protagonist der Psychoanalyse als einer umfassenden *Wissenschaft vom Menschen* – als die auch Sigmund FREUD sie im Grunde seines Herzens wohl verstanden hatte.

---

<sup>135</sup> In der Schweiz wurde bereits zu jener Zeit auf die Verwendung des "ß" verzichtet; dies erklärt wohl die Schreibweise in den FERENCZI-Texten. Bei den 1934 für das Kompilat *'Gedanken über das Trauma'* daraus ausgewählten Auszügen findet sich demgegenüber die in Deutschland/Österreich übliche Schreibweise mit "ß".

**Sándor Ferenczi:**  
**Fragmente und Notizen**<sup>136</sup>  
(Auswahl)

**Jeder Anpassung geht ein  
gehemmter Zersplitterungsversuch voraus**

10. VIII. 1930 (219 f.)

1. Wahrscheinlich reagiert jedes Lebewesen auf Unlustreize mit Fragmentation beginnender Auflösung (Todestrieb?). Statt Todestrieb sollte aber besser ein Wort gewählt werden, das die vollständige Passivität dieses Prozesses ausdrückt.<sup>137</sup> Möglicherweise werden kompliziertere Mechanismen (Lebewesen) nur durch den Druck der Umwelt als Einheit erhalten. Bei ungünstiger Veränderung der Umwelt fällt der Mechanismus auseinander und fragmentiert sich soweit (wahrscheinlich entlang vorausgegangener historischer Entwicklungslinien), bis die grössere Einfachheit, daher Modellierbarkeit der Elemente die Neuanpassung ermöglicht. Der Autoplastik<sup>138</sup> geht also immer Autotomie<sup>139</sup> voraus. Die Autotomie-Tendenz ist im ersten Moment eine komplette, doch eine gegensätzliche Strömung (Erhaltungstrieb, Lebenstrieb), hemmt die Zerstäubung und drängt zur neuerlichen Konsolidierung, sobald dies die durch Fragmentierung entstandene Modellierbarkeit gestattet. Vom Wesen dieses Triebfaktors und seiner Funktion kann man sich nur schwer eine Vorstellung machen. Es ist, als ob er über Erkenntnisquellen und Möglichkeiten verfügte, die unendlich weit über alles hinausgehen, was wir als Fähigkeiten unserer bewussten Intelligenzen kennen. Er beurteilt die Schwere der Schädigung, die Energiemengen der Umwelt, resp. der umgebenden Personen, scheint über räumlich entfernte Vorgänge Kenntnis zu haben und genau zu wissen, bei welchem Grade der Selbstzerstörung innegehalten

66

---

<sup>136</sup> Sándor FERENCZI: *'Bausteine zur Psychoanalyse Band IV: Gedenkartikel, Kritiken und Referate, Fragmente'* (Leipzig 1938; Nachdruck Bern 1964, hier mit Datierung und Seitenzahl nach der Taschenbuchausgabe Frankfurt/Berlin/Wien 1985)

<sup>137</sup> Vgl. auch FERENCZIS Vortrag *'Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb'* (hier an anderer Stelle).

<sup>138</sup> Wenn bei einer Transplantation Spender und Empfänger dieselbe Person sind, wird das Transplantat Autoplastik genannt.

<sup>139</sup> Autotomie meint bei Tieren die Fähigkeit mancher Arten, bei Gefahr einen Körperteil abzuwerfen. Je nach Tiergruppe wächst der abgeworfene Körperteil danach vollständig, unvollständig oder gar nicht nach.

## Fragmente und Notizen

---

werden und die Neuaufrichtung beginnen kann. Im äussersten Falle, wenn alle Reservekräfte mobilisiert wurden, sich aber gegen überwältigenden Angriff als machtlos erwiesen, kommt es zu einer äussersten Fragmentierung, die man etwa Dematerialisierung nennen müsste. Beobachtungen an Patienten, die vor der eigenen Pein fliehen, überempfindlich für alle Arten fremden Leides, auch aus grosser Entfernung, geworden sind, lassen immer noch die Frage offen, ob nicht auch diesen äussersten, sozusagen pulverisierten, zu rein psychischen Energien gewordenen Elementen Tendenzen der Wiederaufrichtung des Ichs innewohnen.

<sup>140</sup>Im Gegensatz zu obiger Anpassungsform steht die Alloplastik, d. h. die Veränderung der Umwelt, in einer Weise, die diese Zerstörung und Neubildung überflüssig macht und die es ermöglicht, dass das Ich die gegebene Gleichgewichtslage resp. Organisation unverändert erhalten kann. Vorbedingung dazu ist ein höher entwickelter Realitäts-Sinn.



67

### **Aphoristisches zum Thema Totsein-Weibsein**

2. April 1931 (248 f.)<sup>141</sup>

In Fortsetzung des Gedankenganges über Anpassung (jede Anpassung ist partieller Tod, Aufgeben eines Teiles der Individualität; Voraussetzung: traumatische Auflösungs-substanz, in der äussere Macht Stücke wegnehmen, Fremdes einfügen kann) muss die Frage aufgeworfen werden, ob das genitaltheoretische Problem über Genese der Geschlechtsunterschiede nicht auch als Adaptations-, respektive partielle Todeserscheinung zu erklären ist? Dies angenommen, ist es vielleicht nicht unmöglich, die von mir vermuteten, höheren geistigen Tätigkeiten des Weibes aus dem Erleiden des Traumas herzuleiten. Eigentlich also nur Paraphrase der alten Weisheit: der (die) Klügere gibt nach. Besser gesagt: der Nachgebende wird klüger. Noch besser: die vom Trauma betroffene Person kommt mit dem Tode in Berührung, dem Zustande also, in dem selbstzweckliche Strebungen und Schutzmassnahmen ausgeschaltet sind, vor

---

<sup>140</sup> Die folgenden beiden Sätze stehen in der Vorlage (Seite 220) unter demselben Datum, aber mit separater Überschrift: *'Autoplastik und Alloplastik'*. Vielleicht sollten sie den 2. Abschnitt darstellen.

<sup>141</sup> Diese Notiz wurde – entgegen der Reihenfolge in der Originalveröffentlichung (und der Datierung) – hier eingereicht, weil sie inhaltlich an das vorherige Fragment (*Jede Anpassung...*) anknüpft.



## Fragmente und Notizen

---

allem aller Friktionswiderstand<sup>142</sup>, der im selbstzwecklichen Leben die Isolierung der Dinge und der eigenen Person in Zeit und Raum bewerkstelligt. Eine Art Allwissenheit über die Welt, mit richtiger Abschätzung der eigenen und fremden Kraftverhältnisse und unter völliger Ausschaltung jeder Fälschung durch Emotivität (also reine Objektivität, reine Intelligenz) im Momente des Traumas, macht die betreffende Person, auch nach der darauffolgenden Konsolidierung, mehr oder minder hellseherisch. Das wäre die Quelle der weiblichen Intuition. Weitere Voraussetzung natürlich die Annahme, dass der Moment des Sterbens, falls die Unabwendbarkeit des Todes, vielleicht nach hartem Kampfe, anerkannt und angenommen wird, mit jenem zeit- und raumlosen Alleswissen einhergeht.

Nun aber wieder das verdamnte Problem des Masochismus! Woher die Fähigkeit, nicht nur objektiv zu werden und, soweit als notwendig, entsagen oder gar sterben, sondern auch aus dieser Zerstörung sich Lust zu verschaffen. (Also nicht nur Unlustbejahung, sondern Unlustsucht.) 1. Das Selbstsuchen oder beschleunigen der Unlust hat subjektive Vorteile vor der vielleicht langwierigen Unlust- und Todeserwartung. Vor allem bin ich es selbst, der mir das Tempo des Lebens und Sterbens vorschreibt; das Moment der Angst vor etwas Unbekanntem ist also ausgeschlossen. Im Vergleich mit der Todeserwartung von aussen ist also Selbstmord relative Lust. 2. Schon die Beschleunigung allein (Entgegenfliegen des kleinen Vogels den Raubtierklauen, um rascher zu sterben)<sup>143</sup> muss eine Art Befriedigungserlebnis bedeuten. 3. Vieles spricht dafür, dass ein solches Sichpreisgeben nie ohne kompensatorische Halluzination (Glückseligkeitsdelirien, Verschiebung der Unlust auf andere, meistens auf den Angreifer selbst, phantastische Identifizierung mit dem Angreifer, objektive Bewunderung der Mächtigkeit der die Person angreifenden Kräfte; schliesslich Finden von Mitteln und Wegen zur realen Hoffnung einer andersartigen Rache- und Überlegenheitsmöglichkeit auch nach dem Unterliegen) einhergeht.

68



---

<sup>142</sup> Friktion = Reibung

<sup>143</sup> vgl. im *Klinischen Tagebuch* am 30. Juli 1932.



## Zur analytischen Konstruktion seelischer Mechanismen

10. VIII. 1930 (222 f.)

Die topisch-dynamisch-ökonomische Konstruktion des seelischen Apparates in seiner Funktionsweise beruht ausschliesslich auf der Auslegung subjektiver Angaben. Wir beziehen das plötzliche Verschwinden eines Bewußtseins-Inhaltes bei gleichzeitigem Auftauchen einer anderen Idee (scheinbar unmotiviert) auf eine Verschiebung von psychischen Energien von einer psychischen Lokalität auf eine andere. Ein Sonderfall dieses Verschiebungsprozesses ist die Verdrängung.

Nun drängen einige Beobachtungen dazu, dass man die Möglichkeit auch anderer seelenmechanischer Prozesse nicht von der Hand weist. Mit demselben Rechte, mit dem man von einem Verdrängungsprozesse spricht, kann man auch den diesbezüglichen Aussagen der Patienten Glauben schenken, den topischen Gesichtspunkt auch für solche Fälle gelten lassen, in denen die Persönlichkeit in zwei oder mehr Teile gerissen und nach dem Auseinanderfallen die Fragmente sozusagen die Form und die Funktionsweise einer ganzen Person annehmen. (Analogie mit der zoologischen Beobachtung, dass gewisse primitive Tiere in Stücke zerfallen und die Fragmente sich rasch zu ganzen Individuen vervollständigen.)<sup>144</sup> – Ein anderer topisch darstellbarer Prozess ist der Vorgang, der durch die Redensart "ausser sich geraten" charakterisiert wird. Das Ich verlässt ganz oder teilweise den Körper, meist durch den Kopf, und beobachtet die ferneren Schicksale des Körpers, besonders seiner Leiden von aussen resp. oben. (Solche Bilder sind etwa: Bersten durch den Kopf und Beobachtung des tot, ohnmächtig daliegenden Körpers von der Zimmerdecke her; selteneres Bild: Tragen des eigenen Kopfes unter dem Arm; nabelschnurartige Verbindung zwischen dem ausgestossenen Ich-Anteile und dem Körper, resp. dem Gesamten). Typisches Beispiel:

1. Das Ich wird auf einmal weitsichtig und kann in der endlosen Fläche mit Leichtigkeit wandern. (Abwendung vom Schmerz und Zuwendung zum äusserlichen Geschehen.)
2. Bei weiterer Steigerung der Schmerz-Spannung: Hinaufklettern auf den Eiffel-Turm, eine steile Wand hinaufrennen.

---

<sup>144</sup> Süßwasserpolyp (Hydra)

## Fragmente und Notizen

---

3. Die traumatische Gewalt holt nach und schüttelt das Ich sozusagen vom hohen Baume und Turme ab. Dies wird als furchtbarer Wirbelsturm mit voller Auflösung der Zusammenhänge und schrecklichem Schwindelgefühl beschrieben, bis schliesslich

4. die Fähigkeit oder auch der Versuch, der Gewalt zu widerstehen, als nutzlos aufgegeben wird und die Erhaltungsfunktion sich bankrott erklärt. Dies wird in seinem Enderfolg als partielles Totsein beschrieben oder dargestellt.

In einem Falle wurde dieses Totsein in Träumen und Assoziationen als maximale Zerstäubung bis zur vollen Dematerialisierung hingestellt.

Der dematerialisierte tote Anteil hat die Tendenz, den noch nicht erstorbenen Teil besonders in Träumen zu sich in das Nichtsein herüberziehen zu wollen (besonders in Fällen von Alptraum).

Es ist also nicht unmöglich, dass bei weiterer Häufung unserer Erfahrung der topische Gesichtspunkt nebst der Verschiebung und der Verdrängung auch noch die Fragmentierung und die Pulverisierung zusammengesetzter seelischer Gebilde wird beschreiben lassen.

70



### **Zum Thema Neokatharsis<sup>145</sup>**

17. VIII. 1930 (224 f.)

Es scheint, dass man genau unterscheiden muss zwischen dem Teil der Katharsis, der bei Annäherung an pathogene seelische Inhalte spontan ausbricht, und jener, die mit Hilfe der Überwindung starker Widerstände sozusagen erzwungen werden muss. Der einmalige kathartische Ausbruch ist im Wesen nicht von den hysterischen Spontan-Ausbrüchen verschieden, mit denen sich die Patienten von Zeit zu Zeit erleichtern. In der Neokatharsis zeigt so ein Ausbruch nur die Stelle an, wo die weitere Tiefenforschung zu beginnen hat. Man darf sich also mit dem spontan Gegebenen, das nicht mehr unverfälscht, sondern teilweise verschoben und zumeist gemildert ist, nicht zufriedengeben, sondern man drängt (natürlich möglichst ohne inhaltliche Suggestionen), mehr von den Erlebnissen, den Begleitumständen etc. vom Patienten zu

---

<sup>145</sup> Es handelt sich vermutlich um eine verworfene Passage des hier an anderer Stelle dokumentierten Vortrags 'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'.



## Fragmente und Notizen

---

erfahren. Nach dem "Erwachen" aus diesem Trancezustande fühlen sich die Patienten für eine Weile sozusagen gefestigt, doch verflüchtigt sich dieser Zustand bald und weicht vor dem Gefühle der Unsicherheit und des Zweifels, der oft in Hoffnungslosigkeit ausartet. "Ja, all das stimmt recht schön" – sagen sie meist – "aber ob es auch wahr ist? Nie, niemals werde ich die Sicherheit und die reale Erinnerung bekommen." Das nächste Mal setzt die kathartische Arbeit an einer ganz anderen Stelle an und führt, nicht ohne stärkeres Drängen unsererseits, zur Wiederholung anderer traumatischer Szenen. Man muss diese harte Arbeit unzählige Male wiederholen, bis sich der Patient sozusagen umzingelt fühlt und nicht umhin kann, das eigentliche Trauma, das schliesslich zur seelischen Zersplitterung führte, vor unseren Augen zu wiederholen. (Es ist, als ob man mit harter Mineurarbeit eine Höhle mit stark gespannten Gasansammlungen eröffnet hätte. Die früheren kleineren Ausbrüche waren gleichsam nur Spalten, aus denen etwas von dem Material hinausströmte, die sich aber rasch automatisch schlossen.) Im Falle Tf. dauerte die kathartische Arbeit länger als ein Jahr, nachdem die vorausgehende Analyse, allerdings mit Unterbrechungen, vier Jahre in Anspruch nahm; obwohl zugegeben werden muss, dass meine Unkenntnis der neokathartischen Möglichkeiten mit an der Langwierigkeit der Analyse schuldig gewesen sein mag.

71



### **Grundlegende traumatische Wirkung des Mutterhasses oder der Lieblosigkeit**

31. VIII. 1930 (228 f.)

T.Z. spricht unaufhörlich von hate-waves, die sie von ihrer Mutter von jeher, ihrer Idee nach schon im Mutterleibe verspürt hat. Später fühlte sie sich ungeliebt, weil sie als Mädchen und nicht als Knabe geboren wurde. Ganz ähnliche Verhältnisse bei Dm. und B.

Dm. hatte und hat den Zwang Männer zu verführen und von ihnen ins Unglück gebracht zu werden. Eigentlich tut sie das nur, um der Einsamkeit zu entgehen, die sie die Kälte ihrer Mutter verspüren liess. Doch auch in der überleidenschaftlichen, rücksichtslosen Liebesbezeugung der Mutter fühlte sie den Hass der Mutter gegen das Kind als störendes Element heraus (Schwere der Geburt ohne Beckenenge).



## Fragmente und Notizen

---

S. musste wegen der Aggressivität der Mutter vom Vater aufgezogen werden. Als der Vater im 18. Monate des Kindes starb, wurde er der Grausamkeit der Mutter und des Grossvaters ausgeliefert. Die Traumata führen zur Störung jeglichen Objektverhältnisses. Sekundärnarzissmus.

Zweifelhaft bleibt einstweilen die Beziehung des starken heterosexuellen Traumas (Vater) zur mangelhaften Mutterbindung. Weitere Einsicht noch erforderlich.



## Trauma und Heilbestreben

21. IX. 1930 (232 f.)

Unmittelbarer Effekt eines nicht sofort zu bewältigenden Traumas ist Zersplitterung. Frage: ist diese Zersplitterung nur mechanische Folge des Schocks? oder ist sie als solche bereits auch eine Form der Abwehr resp. Anpassung? Analogie mit dem Bersten niederer Tiere bei übermässiger Reizung und Fortsetzung der Existenz in Fragmenten. (Nachzusehen in biologischen Fachwerken.)<sup>146</sup> Zersplitterung mag vorteilhaft sein a) durch Schaffung grösserer Oberfläche gegen die Umwelt, durch die Möglichkeit zu gesteigerter Affektabfuhr; b) in psychologischer Hinsicht: Auflassung der Konzentration, der einheitlichen Perzeption schafft wenigstens das gleichzeitige Erleiden vielseitiger Unlust aus der Welt. Die einzelnen Fragmente leiden für sich; die unerträgliche Vereinheitlichung aller Leidensqualitäten und -quantitäten bleibt aus; c) die Abwesenheit höherer Integration; das Aufhören der Interrelation der Schmerzfragmente gestattet den Einzelfragmenten grössere Adaptibilität. Beispiel: Bei Bewusstseinsverlust scheint Gestaltveränderung (Dehnung, Zerrung, Biegung, Kompression bis zur Grenze der physikalischen Elastizität) möglich, während die gleichzeitige Abwehr-Reaktion die Gefahr irreparabler Brüche oder Zerreissungen steigert. Hiezu Beispiele ungeheurer Verletzungen im Kindesalter, z. B. Violation<sup>147</sup> mit nachfolgendem Schock und baldiger Erholung.

72

---

<sup>146</sup> Süßwasserpolymp (Hydra)

<sup>147</sup> Verletzung, früher üblich mit der Bedeutung "Schändung, Notzüchtigung" (Friedrich Erdmann PETRI: *Handbuch der Fremdwörter*, 31. Auflage, Leipzig [nach 1918])



## Fragmente und Notizen

---

Durch den Schock werden bisher ruhende oder zur Objektrelation verwendete Energien plötzlich als narzisstische Sorge, Umsicht und Hilfsbereitschaft wach. Eine ihrem Wesen nach unbekannt, sicherlich ganz unbewusste innere Kraft, die sowohl die Schwere des Traumas als auch die vorhandene Abwehrfähigkeit mathematisch genau abschätzt, produziert nach Art einer komplizierten Rechenmaschine mit automatischer Sicherheit das in der gegebenen Situation einzig praktische und richtige psychologische und physikalische Verhalten. Die Abwesenheit sinnstörender, die Realität entstellender Emotionen und Spekulationen ermöglicht das genaue Funktionieren der Rechenmaschine etwa wie im Schlafwandeln.

Sobald unter dem Einfluss dieser Vorgänge eine Art Erledigung des Schocks erfolgte, beeilt sich die Psyche, die nunmehr wieder zu bewältigenden Einzelfragmente zu einer Einheit zu konzentrieren. Das Bewusstsein kehrt wieder, hat aber von den Vorgängen seit dem Trauma keine Kenntnis.

Schwieriger zu erklären ist das Symptom der retroaktiven Amnesie. Wahrscheinlich ist sie Schutzmassnahme gegen die Erinnerung des Traumas selbst.

Weitere Beispiele der Regenerationstendenz sind im einzelnen durchzuarbeiten.

73



## Geburt des Intellekts

9. April 1931 (250-252)

Aphoristisch ausgedrückt: Intellekt wird nur aus Leiden geboren. (Gemeinplatz: böse Erfahrungen machen einen gewitzigt; Hinweis auf die Entstehung des Gedächtnisses aus dem durch böse Erfahrungen geschaffenen psychischen Narbengewebe. *FREUD.*)

Paradoxe Aufstellung: Intellekt wird nicht einfach aus gewöhnlichem Leiden, sondern nur aus traumatischem geboren. Er entsteht als eine Folgeerscheinung oder Kompensationsversuch vollkommener psychischer Lähmung (volle Einstellung jeder bewussten motorischen Innervation, Einstellung jedes Denkprozesses, ja Unterbrechung auch der Wahrnehmungsvorgänge unter Aufstapelung der sensiblen Erregungen ohne Abfuhrmöglichkeit). Hiedurch würde das geschaffen, was den Namen unbewusstes Fühlen verdient. Das Aufhören oder das Zerstörtwerden bewusster psychischer und



## Fragmente und Notizen

---

körperlicher Wahrnehmungs-, Schutz- und Abwehr-Prozesse, das heisst ein partielles Sterben, scheint nun der Augenblick zu sein, in dem aus anscheinend unbekannter Quelle, ohne jedes Mitwirken des Bewusstseins, beinahe vollkommen zu nennende intellektuelle Leistungen zutage treten, wie genaueste Abwägung aller gegebenen äusseren und inneren Faktoren und Ergreifen der einzig richtigen oder übrigbleibenden Möglichkeit; genaueste Berücksichtigung der eigenen und fremden psychologischen Möglichkeiten in qualitativer wie quantitativer Hinsicht. Kurze Beispiele: 1. Sexuelle Aggression von unerträglicher Intensität an kleinen Kindern: Bewusstlosigkeit; Erwachen aus dem traumatischen Schock ohne Erinnerung, doch mit verändertem Charakter: bei Knaben Effeminierung, bei Mädchen dasselbe, oder das genaue Gegenteil "männlicher Protest". Es ist intelligent zu nennen, dass das Individuum, dazu noch bewusstlos oder komatös, bei richtiger Abwägung der Kräfteverhältnisse den einzig möglichen Weg der Lebensrettung, das heisst den der vollen Nachgiebigkeit, geht, allerdings mit mehr-minder mechanisierter, bleibender Veränderung und unter Verlust eines Teiles der psychischen Elastizität. 2. Gelingen sonst fast unmöglicher akrobatischer Leistungen, wie Hinunterspringen vom vierten Stock und Hineinspringen mitten im Fallen in den Korridor des dritten. 3. Plötzliches Erwachen aus einem über zehn Jahre hingezogenen traumatisch-toxisch-hypnotischen Schlaf, momentane Einsicht in die bisher fast oder ganz unbewusst gewesene Vergangenheit, sofortige Abschätzung der mit Sicherheit zu erwartenden tödlichen Aggression, Beschluss des Selbstmordes, und all das in ein und demselben Augenblick.

Es handelt sich hier um intellektuelle Mehrleistungen, die psychologisch unfassbar sind, die metaphysische Erklärung erfordern. Im Momente des Überganges aus dem Zustande des Lebens in den des Todes kommt es zu einem Abmessen der vorhandenen Lebenskräfte und der feindlichen Mächte, das mit partiellem oder totalem Unterliegen, Resignation, das heisst Sichaufgeben endet. Das mag nun der Moment sein, in dem man "halb tot" ist, das heisst mit einem Teile der Person fühllose, weil jedem Egoismus entrückte Energie, das heisst ungetrübte Intelligenz besitzt, die gegen die Umwelt durch keine zeitlichen und räumlichen Widerstände abgegrenzt ist, mit einem anderen Teile aber doch die Ich-Grenze zu bewahren und zu verteidigen sucht. Dies ist die bei andern Anlässen so benannte narzisstische Selbstspaltung.<sup>148</sup> Bei Abwesenheit jeder äusseren Hilfe wird ein Stück abgespaltener, toter Energie, die über alle Vorteile der Fühllosigkeit des Unbelebten verfügt, in den Dienst der Lebenserhaltung gestellt. (Analogie mit der Entstehung neuer Lebewesen infolge mechanischer Störung und Zerstörung, die in Produktivität sich umkehrt, wie die *Loeb'schen*

---

<sup>148</sup> vgl. in dem Vortrag '*Kinderanalysen mit Erwachsenen*' (hier an anderer Stelle). Bei der hier folgenden Definition wird die Korrelation zum "ANP" innerhalb des Ansatzes der *Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* (van der HART/NIJENHUIS/STEELE, a.a.O.) deutlich.

## Fragmente und Notizen

---

Befruchtungsversuche<sup>149</sup>; siehe bezügliche Stelle der "Genitaltheorie". Das einzig "Reale" ist Emotion = rücksichtsloses Agieren [Reagieren], d. h. das, was man sonst geisteskrank nennt.)

*Reine Intelligenz* wäre so ein Produkt des Sterbens, oder zumindest des geistigen Fühlloswerdens, ist also *im Grunde eine Geisteskrankheit, deren Symptome praktisch brauchbar werden können.*



### **Fluktuationen des Widerstandes (Patientin B.)**

30. VII. 1931 (252-254)

Plötzliche Unterbrechung einer längeren Periode von produktiver und reproduktiver Fruchtbarkeit (fast physisch durchlebte körperlich-seelische Szenen von Verführung, Vergewaltigung durch den Vater im Alter von 4 (?) Jahren), plötzlicher Eintritt fast unüberwindlichen Widerstandes. Allerdings waren die vorhergehenden Stunden und auch die Zwischenzeit erfüllt von fast unerträglichen Gefühlen und Empfindungen: der Rücken wie entzweigebrochen; riesiges Gewicht verlegt den Atem, wobei die Atemzüge nach vorübergehender erstickungsähnlicher Blutfülle im Kopfe und Stimmlosigkeit plötzlich in Atemlosigkeit, Leichenblässe im Gesicht, lähmungsartige allgemeine Schwäche, Entrückung des Bewusstseins übergehen. Die Acme<sup>150</sup> dieser Wiederholungssymptome bildeten: 1. ein Traum von halluzinatorischer Realität, in dem ein dünnes, langes Gummirohr in die Vagina eintritt und bis zum Mund hinaufstößt, sich dann zurückzieht, um bei jedem neuerlichen Eindringen rhythmische Erstickungsgefühle hervorzurufen. 2. Sichtliches Wachsen des Bauches: imaginierte Schwangerschaft, die immer kolossaler, schmerzlicher und gefährdender wird. Eines Morgens erscheint Patientin, plötzlich ganz ohne Schmerzen, in jeder Hinsicht unproduktiv, symptomlos; auf die scherzhafte Frage, ob ihre Schwangerschaft nicht durch Abortus unterbrochen wurde, folgt störrisches Verletztsein, das wochenlang andauert. Alles, was bisher geleistet wurde, verliert seine Geltung. Patientin voll von

75

---

<sup>149</sup> Jacques LOEB (1859-1924) war ein deutsch-amerikanischer Biologe, der als einer der Begründer der sich etwa ab 1880 entwickelnden experimentellen Forschungsrichtung in der Biologie (Physiologie) gilt. Er war Vertreter extrem mechanistischer bzw. physikalisch-chemischer Auffassungen von den Lebenserscheinungen. (*Wikipedia*)

<sup>150</sup> Höhepunkt



## Fragmente und Notizen

---

Zweifeln, hoffnungslos, ungeduldig; ich weise ihr konsequent ihre Fluchttendenzen nach. Alles umsonst, mit starker logischer Konsequenz gruppiert sie die Motive ihres gerechtfertigten Desperatseins, über Analyse sowohl als auch über ihre ganze Zukunft; oft kritisiert sie mit Schärfe das Betragen von Analytikern und Analysierten, die sie kennt und die zum Teil von mir abhängen. Da sie aber keine andere als die psychoanalytisierte Lösungsmöglichkeit zugibt, mündet ihr ganzes Trachten und Sinnen in einen allgemeinen Pessimismus mit Anspielungen auf Selbstmord.

Heute, nachdem Verdächtigung und Hoffnungslosigkeit, wie ich es ihr nachwies, ihr den Gedanken des Abbruchs der Analyse nahelegten, diskutierte sie u. a. ihre Unfähigkeit, das Denken fallen zu lassen und ihr Unbewusstes mit Hilfe wirklich freier Assoziation aufzudecken. Ich drängte mit einiger Energie zur Produktion von freien Bildern und sofort versank sie wieder in das unleidliche Empfinden des Rückenschmerzes (Gebrochenseins). Auf weiteres Drängen verlegt sie diese Empfindung wiederum in ihren Heimatort, sie assoziiert weiter Liegen im Gras, dann das Gefühl: ihr sei etwas Schreckliches passiert (durch wen?), "ich weiss es nicht, vielleicht mein Vater".

Jedenfalls gelang es durch energisches Forcieren der freien Assoziation, unter gleichzeitigem Fühlenlassen intensiven Mitleids meinerseits den Widerstand zu durchbrechen.

Ähnliche Fluktuationen mit der nämlichen Plötzlichkeit passierten auch schon früher. Was bedeuten sie? Sind sie 1. einfach Fluchtversuche vor übergross werdendem Schmerz? 2. Will die Patientin damit auf die Plötzlichkeit der Umschaltung ihres Lebens durch den Schock hindeuten? (Sie wurde wirklich ein trotziges, schwer beeinflussbares Kind.) Oder 3. war wirklich (unter Mitwirkung der Vorgeschichte) eine unerwartete Verletzung durch mich das Provozierende?

Allgemeinste Folgerung: Auch der Rhythmus, die Langsamkeit oder die Plötzlichkeit im Wechsel von Widerstand und Übertragung mag autosymbolisch einiges aus der Vorgeschichte darstellen.

Neuerliche Bestätigung der Wichtigkeit der wörtlich genommenen freien Assoziation.

Gelegentliche Notwendigkeit, aus der Passivität hervorzutreten und, ohne zu drohen, energisch nach der Tiefe zu drängen.



## Die Vulnerabilität der traumatisch-progressiven Fähigkeiten (auch der der Wunderkinder)

30. Oktober 1932 (273 f.)

Leistungsfähigkeit ist kein Beweis wirklichen Leistungswillens und wirklicher Leistungslust. Traumatisch erworbene Mehrleistungsfähigkeit ist (infolge des ubw.<sup>151</sup>, stets starken Regressionszuges) meist passagère (in geistigen Dingen aphoristisch), hat nicht den Charakter der *Ausdauer* und der Widerstandsfähigkeit auftauchenden Hindernissen gegenüber. Sie ist auch *vulnerabel*: neuerliches Trauma (Angriff) führt leicht "Kollaps" herbei (Regression zu totaler Lebensunfähigkeit, psychischer Lähmung), das heisst, zum Rückfall ins Kindliche/Kindische mit Sehnsucht nach Protektion, Anlehnung, Traum und Phantasiewelt ist spielerisch, kindlich (besonders: Sehnsucht nach *Unverantwortlichkeit*). Analyse führt zu frühzeitigen *Überbürdungen* mit noch unerwünschter Verantwortung, Wissen, Ernst des Lebens, Geheimnissen (Geheimhaltungszwang). Sexuell: Masturbation (Phantasie), *kein* Koitus, *keine* Ehe. ("I am a bad liar." Jede aufgebürdete Geheimhaltung = Last.) Regeln, Pflichten, Vorschriften unerträglich. Wunsch nach *Selberfinden*, im Gegensatz zu Suggestion und Behütetwerden. *Oral*-Passionen (Essen) binden einen Grossteil des Interesses (O.: Schokolade). Sehnsucht nach *idyllischem* Leben, Einfachheit, Bauernleben (Demokratie).

Kolossale Anstrengung beim Lernen, dabei Ambition, der Erste zu sein (*ADLERSche* Typen). Prüfungs-"cramming" und *Vergessen* von Daten (gleichsam kindlich nur Aktuelles/Gegenwärtiges wahrnehmende *Intelligenz*, doch auf *diesem* Niveau oft überraschend tief).

Kindheit war nicht *ausgelebt*.

Normalerweise soll das Kind vom Spiele *gesättigt* sein und ein *Überschuss* des Interesses wendet sich der Realität zu.

U.: Infantil-primitives Niveau bis zum 13. Jahre.

Dm.: Mutterbindung *allzu früh* gewaltsam gelöst. Zwang und ein *Überschuss* (Ubw: Drang zur Mutter zurück.)

Durchbruch der (weibl.) Homosexualität.

Durchbruch der (männl.) Kindlichkeit.

"Superego" nicht assimiliert.

---

<sup>151</sup> unterbewußten

## Fragmente und Notizen

---

---

Auch normale Entwicklung ist mehr oder minder oktroyiert.

Doch: zur rechten Zeit (Bereitschaft schon vorhanden) und *allmählich*, sozusagen in leicht zu bewältigenden *kleinen Traumen*.

(D. G.): Zwang zum Lösenwollen *schwerster* Probleme.

(Fälle) – in Wirklichkeit: Wunsch ohne die geringste Bürde.

*Fähigkeit* zu Lösungen vorhanden, doch "blitzartig".



### Exaggerated sex impulse und seine Folgen

Nov. 1924<sup>152</sup> (285 f.)

als Folge infantilen "Mehrleistungs-Zwanges", vorbildlich für "Weisheit des Baby" *im allgemeinen*. "Wise baby" ist eine Abnormität, hinter der verdrängte infantile Passivität steckt, – sowie Wut über die forcierte Unterbrechung derselben; *Lebensnot* zwingt zur Frühreife.<sup>153</sup> *Wunderkinder* dürften alle dieser Art sich entwickeln – und zusammenbrechen (break down). Beispiel: Congressus<sup>154</sup> mit un-orgiastischem Ende: Selbst- und Partnerverletzung. Übertriebene Aufgaben mit "break down" oder *zu schnellem*, unmethodischem Erfolg (aphoristic writings) – verbleiben auf dieser Stufe: immer Fortschritt auf der Phantasiestufe.

Therapie: Eingestehen, Nachholen der Infantilität (Nichtstun) – normale Neubildung der Persönlichkeit. Break down = Minderwertigkeitsgefühl, somit Flucht vor Aufgaben und Verantwortlichkeit. Regression von Congressus zur (passiven) Masturbation. Zumindest soll letztere "erlaubt" sein: 1. vom Partner bewilligt und gutgeheissen; 2. ohne innere Schuld ertragen.

---

<sup>152</sup> Diese Datierung ist wohl falsch. Zweifellos gehört dieses Fragment in Zusammenhang mit den hier zuvor dokumentierten Notizen vom 30. Oktober 1932; es wurde deshalb hierher gestellt. In der Quelle steht es zwischen Fragmenten, die auf "Nov. 20. 1932" bzw. "Nov. 26th. 32" datiert sind, auch im Inhaltsverzeichnis steht es in der Rubrik für 1932.

<sup>153</sup> Vergleiche den hier nicht dokumentierten Text '*Der Traum vom >gelehrten Säugling<*' (in: '*Schriften zur Psychoanalyse II*', Frankfurt/M. 1972, Seite 137). Siehe auch Alice MILLER: '*Das Drama des begabten Kindes. Eine Um- und Fortschreibung*' (Frankfurt/M. 1995)

<sup>154</sup> Geschlechtsverkehr



## Fragmente und Notizen

---

*Rückwirkung auf Analyse:* Hass gegen Arbeit jeder Art – übertriebene Aufgabenstellung – Niederbruch (mit versteckter Unlust).

– Erkrankung. *Vorteile* für Analysanden.

– Tiefer reichender *Nachteil:* Gehasstwerden.

*D. h.* gut für *Vertiefung* – Schwierigkeit der *Beeinflussung* infolge negativer Gegenübertragung.

*Schutz* (Prevention): Erledigung in Eigenanalyse.

*Therapie:* Beendigung der Eigenanalyse mit Hilfe der Patienten.

(Beispiel: Nase an Zahn des Partners schlagen im Moment des Orgasmus. – Orgasmus *einer anderen Person* zu grosse Aufgabe. Noch unfähig zu lieben – Wunsch nur nach Geliebtwerden. *Frühheirat.*)

*Spiel* wird schwer zu ertragende *Wirklichkeit*.

Schein-Potenz, ja Überpotenz. *Ejakulation bis zum ceiling*<sup>155</sup>. Grössenphantasie *ermöglicht* Mehrleistungen, die Fähigkeit ist aber nicht haltbar. *Impotenz* hinter Mehrleistung.



---

<sup>155</sup> Zimmerdecke (vgl. hier im Exzerpt aus dem *Klinischen Tagebuch*, Eintragung vom 21. Juni 1932)



## Integration und Splitting

Nov. 11. 1932 (283 f.)

Jeder "Erwachsene", der "auf sich selbst achtgibt", ist gespalten (keine vollständige psychische Einheit). Scheinbarer Widerspruch: Realitätssinn nur möglich auf Grund einer "Phantasie" (= Irrealität), in der ein Teil der Person *sequestriert*<sup>156</sup> ist und "objektiv" (exteriorisiert, projiziert) angeschaut wird; dies nur möglich mit Hilfe einer partiellen Gefühlsunterdrückung (Verdrängung?). – Analysen, die auf der Realitätsstufe durchgeführt werden, gelangen nie bis zur Tiefe der Spaltungsvorgänge selbst. Und doch hängt alle spätere Entwicklung von der Art (Vehemenz), dem Zeitprodukt und den Umständen der Urspaltung (Urverdrängung) ab. Nur in frühester Kindheit oder vor der Urspaltung war man "mit sich selbst eins". *Tiefanalyse* muss unter die Realitäts-Stufe in die prätraumatischen Zeiten und traumatischen Momente zurückgehen, aber man kann keine Lösung erwarten, wenn die Lösung diesmal nicht *anders* erfolgt als ursprünglich. Hier ist Eingriff notwendig (Regression und Neubeginn). S. dazu das gütige Verständnis, das "Auslaufenlassen" und die aneifernde, beruhigende Zusicherung ("Suggestion").

80

---

<sup>156</sup> beschlagnahmt, zwangsverwaltet

## Das klinische Tagebuch von 1932

### Zum Text

Sándor FERENCZIs ursprünglich wohl nicht für die Veröffentlichung gedachtes<sup>157</sup> *Klinisches Tagebuch von 1932* befand sich zunächst im Besitz seiner Witwe Gizella. Sie übergab es 1939 Michael BALINT. Widerstände von psychoanalytischen Kollegen sowie "eine Flut abfälliger Veröffentlichungen"<sup>158</sup> ließ ihn die Herausgabe immer wieder zurückstellen; 1970 starb BALINT. Erst 1985 wurde das Tagebuch erstmalig veröffentlicht (in französischer Übersetzung), von Judith DUPONT, Psychoanalytikerin in Paris und Nichte von BALINTs Witwe Alice. 1988 erschien es auf Deutsch bei S. Fischer und wurde unter Fachkundigen schnell ein Begriff.<sup>159</sup> Dann war es viele Jahre lang vergriffen; erst 2013 erschien eine Neuauflage im Psychosozial-Verlag.<sup>160</sup>

Dieses Tagebuch enthält skizzenhafte Aufzeichnungen zu Themen, die FERENCZI in diesen (letzten) Jahren umtrieben. Es finden sich Überlegungen zur damaligen psychoanalytischen Orthodoxie, Bruchstücke gedanklicher Auseinandersetzung mit dem verehrten Freund, der Vaterfigur Sigmund FREUD. Ebenso wie die *'Fragmente und Notizen'* bewahrt das *'Klinische Tagebuch'* FERENCZIs kreatives, flutendes Nachdenken, noch nicht *formatiert* durch die Fülle theoretischer Vorgaben, die psychoanalytische Reflexion heutzutage gelegentlich zu schwindelnden Höhen der Abstraktion treibt. FERENCZI erwähnt eigene möglicherweise traumatische Belastungen aus der Kindheit, er reflektiert über seine praktischen Experimente mit einer "Mutuellen Analyse" (entstanden im Widerspruch zur einseitigen Autoritätsposition des Analytikers). Seine Überlegungen zum Traum nicht im Sinne der FREUD'schen Traumdeutung, sondern als Erinnerungsressource gehören bereits zu den Aufzeichnungen zum Thema Trauma, sexuelle Gewalt und Dissoziation. Letztere wurden von mir für die vorliegende Dokumentation zusammengestellt – wobei ich aus pragmatischen Gründen auf redundante oder peripherere Assoziationen und Reflexionen verzichtet habe. Das Tagebuch bleibt als Ganzes lesenswert, nicht nur als wichtiges Dokument zur Geschichte der Psychoanalyse. Es vermittelt Sándor FERENCZIs von Forschungsimpetus, Redlichkeit und Empathiefähigkeit gleichermaßen geprägte therapeutische Haltung.

---

<sup>157</sup> So erklären sich grammatische und syntaktische Fehler.

<sup>158</sup> Michael BALINT: *'Einleitung zum Tagebuch'* (Frankfurt/M. 1988, Seite 33 f.)

<sup>159</sup> Johannes CREMERIUS: *'Rezension zu Sándor Ferenczi: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932'* (in: *Psyche* 43, 1989, 459-565)

<sup>160</sup> Weiterführende Hinweise zu Inhalt, zu Hintergründen und zur Editions-geschichte finden sich in den Buchausgaben: im Vorwort von Judith DUPONT, der Einleitung von Michael BALINT sowie dem Nachwort von Pierre SABOURIN.

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

FERENCZIS Darstellung lebt aus der unmittelbaren Erschütterung des ärztlich-psychotherapeutischen Forschers, der bislang zur Gänze unbekanntem Leid auf der Spur ist. (Mich erinnerte dies an die Situation von Psychiatern/Psychotherapeuten, die nach 1945 erstmalig mit KZ-Überlebenden zu tun hatten.) Im Vergleich mit den hier zuvor dokumentierten Vorträgen läßt sich das hohe Maß an taktischer Zurückhaltung ahnen, das FERENCZI bei Veröffentlichungen in diesen Jahren für nötig hielt. Hier, in seinem privaten Tagebuch (sowie in den vorhergegangenen Fragmenten und Notizen), konnte er explizit von seinen konkreten Erfahrungen mit schwerst traumatisierten, vor allem: sexuell traumatisierten PatientInnen schreiben. Hier finden sich erstmalig strukturelle Beschreibungen von traumatischer Dissoziation durch einen Psychoanalytiker. Einige Sätze erinnern an Alice MILLER, die sich mit ähnlichen Formulierungen noch 1980 unbeliebt gemacht hat: "In den meisten Fällen infantiler Traumata haben die Eltern kein Interesse daran, dem Kind die Vorfälle einzuschärfen, im Gegenteil, fast allgemein wird Verdrängungstherapie geübt: 'Es ist gar nichts', 'nichts geschehen', 'denk nicht mehr daran', (...) doch nicht einmal geredet wird über Vorfälle von irgend wie häßlicher z.B. sexueller Natur. Solche werden einfach totgeschwiegen, leise Andeutungen des Kindes nicht zur Kenntnis genommen oder gar als unbillig abgelehnt, u. zw. mit voller Einmütigkeit der Umgebung, und mit solcher Konsequenz, der gegenüber die Selbstbehauptung des Urteils bald nachgibt."<sup>161</sup>

Deutlich wird FERENCZIS weitgehend vorbehaltloser Blick auf seine TraumapatientInnen, seine suchende (situativ auch hilflose und überforderte) Achtsamkeit in der *Begegnung*, in gleichberechtigter Achtung gegenüber der speziellen Kompetenz der KlientInnen für grundlegende Momente ihres eigenen Seelenlebens. *Beziehung* – nicht umgangssprachlich gemeint, sondern in jenem fundamentalen Sinn, wie Martin BUBER es verstand – ist die durch therapiemethodische Prinzipien heute allzuoft verdrängte Grundlage von Psychotherapie, oder sollte es sein. Dies ist kein romantisches Ideal, vielmehr liegt in dem vorreflexiv-unmittelbaren Mitschwingen ein unverzichtbares therapeutisches Erkenntnisinstrument.<sup>162</sup> Gerade Traumaüberlebende stehen oft am Rand des Abgrunds zur Desintegration. Auch mit allen Erkenntnissen von Psychotraumatologie und Therapieforschung werden wir solche KlientInnen kaum erreichen können ohne gewissermaßen mimetische Präsenz. Sándor FERENCZIS *Klinisches Tagebuch* zeigt diese Haltung (die durchaus auch Irrtümer und Mißerfolge mit sich bringen kann) in beglückender Unmittelbarkeit!

Bei dem ebenfalls im *Tagebuch* dokumentierten (hier jedoch nicht exzerpierten) experimentellen Ansatz einer "*Mutuellen Analyse*" analysieren Klient und Therapeut phasenweise einander gegenseitig. Zweifellos rührt dies an die Fundamente der psychoanalytischen Methode; diese Idee konnte von FERENCZI in der kurzen ihm verbliebenen Lebenszeit nicht weiterentwickelt werden. Das Experiment (wohl vor allem mit der Patientin

---

<sup>161</sup> Eintragung vom 31. Januar 1932

<sup>162</sup> Neue Erkenntnisse zur Funktion der *Spiegelneuronen* könnten solche Zusammenhänge erklären helfen. (Joachim BAUER: *'Warum ich fühle, was du fühlst'*; Hamburg 2005)



## Das klinische Tagebuch von 1932

Elizabeth SEVERN praktiziert) enthält den Keim einer radikal *dialogischen*, beziehungsphilosophischen Psychoanalyse im Sinne Martin BUBERS.<sup>163</sup>

An vielen Stellen finden sich differentialdiagnostische Überlegungen, durch die FERENCZI die zu jener Zeit noch sehr naheliegende (und leider bis heute manchmal vorkommende) Psychosediagnose ausschließt. So vermittelt FERENCZIS Darstellung etwas von den grundlegenden Schwierigkeiten jener Zeit, überhaupt zu verstehen, was Psychotrauma ist – und was es nicht ist, nämlich keine schizophrene Psychose und auch etwas genuin anderes als die meisten bislang im Mittelpunkt der FREUD'schen Psychoanalyse stehenden Syndrome. In einigen frühen, belletristisch aufbereiteten Falldarstellungen von Traumaüberlebenden mit DIS ("Multipler Persönlichkeit") wird noch etwas von solchen konzeptionellen Unklarheiten deutlich.<sup>164</sup> – Es wäre jedoch unangemessen, die Irrtümer und Sackgassen früherer Forschungsreisender in die Untiefen der Seele anzuprangern und zugleich zu ignorieren, daß unsere heutigen Arbeitsmöglichkeiten sich wesentlich ihrem Engagement, ihrer Intuition und ihren Erfahrungen verdanken.<sup>165</sup>

Der unmittelbare, sinnliche Schatz dieser offenbar relativ spontanen Tagebucheintragungen<sup>166</sup> liegt nicht zuletzt gerade darin, daß es keine auf Grundlage eines "soliden" psychotraumatologischen Fundaments systematisch ausgebreitete Kasuistiken sind. Die Klarheit und Eindeutigkeit, mit der Fachbücher uns PatientInnen (oder "Fälle") präsentieren, können wir uns als UnterstützerIn/TherapeutIn nur bedingt zum Vorbild nehmen. Ohne Bereitschaft, sich in der therapeutischen oder traumapädagogischen Beziehung auch auf ganz Fremdes, zunächst Unbegreifliches interaktionell einzulassen, ohne Erspüren, Ausprobieren und das Erkennen eigener Irrtümer geht es zumindest in der Traumatherapie auch heute nicht. Ein Traumatherapeut sollte auch im Zeitalter der Therapiemanuale Menschenforscher bleiben, der seine KlientInnen in mancher Hinsicht als *Fachleute in eigener Sache* anerkennt. – Die Beschreibungen seiner Klientinnen über bisher amnestische und innerhalb der Analyse mit FERENCZI erstmals ans Bewußtsein getretene Erinnerungen an frühe (sexuelle) Traumatisierungen entsprechen übrigens einschränkungslos denjenigen heutiger Betroffener, wie sie noch immer von Teilen der Öffentlichkeit in ihrer grundsätzlichen Möglichkeit bezweifelt werden.

83

<sup>163</sup> Vgl. Martin Buber: *'Das Unbewußte'*, in: *'Nachlese'*, Heidelberg 1966, Seite 158-189); Hans Trüb: *'Heilung aus der Begegnung'* (Stuttgart 1951)

<sup>164</sup> Judith SPENCER: *'Jenny. Das Martyrium eines Kindes'* (Frankfurt/M.1995); Joan Frances CASEY: *'Ich bin viele'* (Reinbek 1992); Flora Rheta SCHREIBER: *'Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau'* (Bern/München 1977); Chris COSTNER SIZEMORE: *'I'm Eve'* (New York 1977); Lucy FREEMAN / Emily PETERSON / Nancy Lynn GOOCH: *'Der stille Schrei'* (Hamburg 1989). Siehe auch den wichtigen, leider bisher nicht ins Deutsche übersetzte nacherzählenden Fallbericht *'PRISM. Andrea's World'* von Eugene BLISS, einem Hypno-/Traumatherapeuten der ersten Stunde (New York 1985).

<sup>165</sup> FERENCZI sagte in einem Vortrag: "Ich weiß wirklich nicht, ob ich die jüngeren Kollegen für die Mühelosigkeit, mit der sie in den Besitz des von der früheren Generation hart Erkämpften gelangen, beneiden soll. Manchmal scheint es mir, daß die fertige Überlieferung einer noch so wertvollen Tradition nicht ganz gleichwertig ist mit dem Selbsterworbenen." (*'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'*)

<sup>166</sup> die FERENCZI allerdings größtenteils seiner Sekretärin in die Maschine diktiert hat.



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Der psychoanalytische Körper- und Traumatherapeut Tilmann MOSER schreibt in seiner Rezension der Neuausgabe: "Ferenczi wagte Tiefengrade von Einfühlung in seine Patienten wie in sich selbst, die ein langsames Nachschwingen bei der Lektüre erfordern, auch um die unweigerlich einsetzende Selbstüberprüfung der eigenen Identität auszuhalten und fruchtbar zu machen. So aber mischen sich Bewunderung, Verwirrung und Schrecken über Ferenczis Abgründe, in die er sich hineintraut." <sup>167</sup>

---

<sup>167</sup> Deutsches Ärzteblatt, PP 13, Ausgabe Januar 2014, Seite 42  
([http://www.tilmanmoser.de/site/rezensionen/sandor\\_ferenczi:\\_das\\_klinische\\_tagebuch.html](http://www.tilmanmoser.de/site/rezensionen/sandor_ferenczi:_das_klinische_tagebuch.html))



**Sándor Ferenczi:**  
**Das klinische Tagebuch von 1932** <sup>168</sup>  
(Exzerpte)

**12. Januar 1932 (47ff.)**

Fall (R.N.), in dem der erste Shock im Alter von 1 ½ Jahren vorfiel (Versprechen seitens nahen erwachsenen Verwandten "etwas Gutes" zu kriegen; statt dessen Betäubung und Mißbrauch. Beim Beginn der Betäubung plötzliche Einsicht ins Böse, völlige Enttäuschung und Hilflosigkeit, vielleicht auch zeitweiliges Fühlen der Unfähigkeit zum Gebrauche des eigenen Willens, d. h. peinliches Fühlen der Suggestibilität.). Halb-stumpfsinniges Verharren in diesem Zustande; wahrscheinlich zu innerst Nicht-lebenwollen, doch unter dem Einflusse der Suggestionen, fortführen der gewohnten Schullkinderexistenz, m. a. W.: künstliches Doppelleben, bei vollem Verdrängen der eigenen Tendenzen und Gefühle.

2): Im Alter von 5 Jahren neuerlicher grober Vorstoß; künstliche Erweiterung der Genitalien, eindringliche Suggestion: Männern gegenüber nachgiebig zu sein; stimulierende Intoxikation. – Von hier aus (vielleicht unter der Einwirkung des neuerlichen Shocks und der neuen Adaptationsanstrengung, plötzliches Erinnern der Vorgänge im zweiten Lebensjahr, Selbstmordimpuls, wahrscheinlich auch das Gefühl des Sterbens (Agonie), *bevor* die suggerierten Handlungen verwirklicht wurden. Die Enormität des Leidens, plus Hilflosigkeit, die Hoffnungslosigkeit jeder Hilfe von außen treibt zum Tode; doch nach Verlust oder Aufgeben bewußten Denkens erwachen organisierende Lebenstriebe ("Orpha"), die statt des Sterbens Verrücktwerden eintreten lassen. (Dieselben "orphischen" Kräfte scheinen schon beim ersten Shock vorhanden gewesen zu sein). Die Folge des zweiten Shocks ist eine weitere "Zerrüttung" der Individualität. Die Person besteht nunmehr aus folgenden Fragmenten:

1) Ein rein psychisch leidendes Wesen im Unbewußten, das eigentliche Kind, von dem das wache Ich also gar nichts weiß. Dieses Fragment ist nur im tiefen Schläfe, oder in tiefer Trance, nach übergroßer Anstrengung oder Erschöpfung, also im neurotischen

---

<sup>168</sup> Zitiert (mit Datum und Seitenzahl) nach: Sándor FERENCZI: *'Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932'* (Frankfurt/M. 1988); Neuauflage unter dem Titel *'Das klinische Tagebuch'* (Gießen 2013). Exzerpte: Mondrian v. LÜTTICHAU für diese Veröffentlichung.

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

(hysterischen) Ausbruch erreichbar. Mit Not und Mühe und bei Einhaltung ganz spezieller Verhaltensmaßregeln kann der Analytiker mit diesem Teil, *dem reinen verdrängten Affekt*, in Kontakt kommen. Es benimmt sich wie ein ohnmächtiges Kind, das von sich nichts weiß, etwa nur stöhnt und das man geistig, manchmal auch körperlich, aufrütteln muß. Tut man das nicht im vollen Glauben an die Realität des Vorganges, so fehlt auch die Überzeugungs- und Wirkungskraft des Aufrüttelns. Hat aber der Analytiker die Überzeugung und das dazu gehörige sympathische Gefühl für das leidende Wesen, so mag es gelingen, die Denkkraft und die Orientierung dieses Wesens mit vorsichtigen Fragen (die es zum Denken zwingen) dazu zu bringen, einiges über die Umstände der Erschütterung auszusagen und zu erinnern.

2) Ein eigenes Wesen, dem es um das Erhalten des Lebens "coute que coute" <sup>169</sup> ankommt. (Orpha.)<sup>170</sup> Dieses Fragment spielt die Rolle des Schutzengels, es produziert wunscherfüllende Halluzinationen, Trostphantasien, narkotisiert das Bewußtsein und die Empfindlichkeit gegen unerträglich werdende Sensationen. – Im Falle des zweiten Shocks konnte dieses mütterliche Stück nicht anders helfen, als indem es das ganze Seelenleben aus dem unmenschlich leidenden Körper hinausquetschte.

3) Seit dem zweiten Shock haben wir es also mit einem dritten, seelenlosen Teil der Persönlichkeit zu tun, d.h. dem seelenlos gewordenen Körper, dessen Zerstümmelung garnicht empfunden, oder als Vorgänge an einem fremden Wesen, von außen betrachtet werden.

Der letzte große Shock traf dieses bereits dreigeteilte Wesen im Alter von 11 ½ Jahren. Trotz des Prekären jenes Tripartitum hat sich im Laufe der Jahre eine Adaptation an die anscheinend unerträgliche Situation eingestellt. Hypnotisiert- und Mißbrauchtwerden wurde zur Lebensform. Als ob die ständige Wiederholung eines noch so peinlichen Rhythmus, d.h. die Bahnung, an und für sich genügte, um das peinliche weniger peinlich erscheinen zu lassen. Doch auch das unbewußte Empfinden, das sich hinter den Quälereien jenes Erwachsenen immerhin verzerrte Liebesabsichten verstecken, d. h. das Fühlen des libidinösen Elements auch im Sadismus. Schließlich auch das Wissen und die Zufriedenheit des Erwachsenen mit den Leistungen usw.: all dies zusammen und noch weiteres noch nicht voll Aufgedecktes mag also eine, wenn auch noch so prekäre Gleichgewichtslage hergestellt haben.

---

<sup>169</sup> um jeden Preis

<sup>170</sup> Orpha war nach heutigem Verständnis wohl ein Ego State von FERENCZIS für seine Erforschung der traumabedingten Dissoziation wichtigen Patientin und Mitarbeiterin Elizabeth SEVERN ("R.N."). Siehe auch Nancy A. SMITH: 'Orpha Reviving: Toward an Honorable Recognition of Elizabeth Severn' (International Forum of Psychoanalysis 01/1998; 7(4):241-246) sowie dieselbe: 'From Oedius to Orpha: Revisiting Ferenczi and Severn's Landmark Case' (in: The American Journal of Psychoanalysis, Vol. 59, No. 4, 1999); diese Aufsätze wurden von mir nicht gelesen, da sie im Web nur kostenpflichtig abrufbar sind.



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

In diese Situation fällt wie ein Blitz das plötzliche Verlassenwerden vom bisherigen Quälgeist. Das Beraubtwordensein von jeder Spontaneität machte eine reasonable Anpassung oder gar ein Sichfreuen über neue Möglichkeiten unmöglich. Erschwert wurde die Lage dadurch, daß der Vater vor der Entfernung, sozusagen zum Abschied, das Kind verfluchte, d. h. den letzten Akt der Beeinflussung dazu benutzte, dem Kind das Bewußtsein der eigenen Schmutzigkeit und Nutzlosigkeit, Verächtlichkeit unauslöschbar einzuprägen. Die nimmermüde Orpha konnte sich da auch nicht mehr helfen, versuchte selber den Selbstmord zu fördern und als auch dies verhindert wurde, blieb als Existenzform die vollständige Atomisierung des Seelenlebens übrig. (Volles Verrücktwerden, katatonischer Stupor, zeitweise abgelöst von Schreck, Halluzinationen, von einem Durcheinander kaotisch verwirrter Erinnerungseindrücke aus dem Vorleben.)

Dieser lavaartige Ausbruch endete mit totaler "Veraschung", einer Art Leblosigkeit. Doch das körperliche Leben, das zum Atmen und Pulsieren gezwungen war, rief die in ihrer Verzweiflung selber todesfreundlich gewordene Orpha zurück und es gelang ihr, wie durch ein Wunder, dieses bis auf die Atome zerrüttete Wesen auf die Beine zu stellen, d. h. dem zum Leben gezwungenen Körper eine gleichsam artifizielle Seele zu schaffen. Nun besteht also, oberflächlich beurteilt, das "Individuum" aus folgenden Teilen: a) Zuerst ein aktionsfähiges Lebewesen mit genau, vielleicht etwas zu genau reguliertem Mechanismus, b) Dahinter ein Wesen, das vom Leben nichts mehr wissen will, c) Hinter diesem getöteten Ich, die Asche des früheren seelischen Leidens, in das jede Nacht das Feuer des Leidens hineinfließt, d) Dieses Leiden selbst als eine separate inhalts- und bewußtlose Affektmasse, ein Rest des eigentlichen Menschen.

87



### **21. Februar 1932 (81ff.)**

#### *Fragmentation*

Psychische Vorteile: Die Unlust, die aus der Realisierung der Zusammenhänge sich ergibt, wird durch das Aufgeben dieser Zusammenhänge erspart. Die Spaltung in zwei Persönlichkeiten, die nichts von einander wissen wollen und die um verschiedene Tendenzen gruppiert sind, erspart den subjektiven Konflikt. Bei Verlust der Fähigkeit zum Unlustertragen steigert sich der Mangel an Kohäsion bis zur Ideenflucht, die halluzinatorische Psychose bei hohem Fieber ist eine solche "Atomisierung" der Geistestätigkeit. Ähnliche Desorganisation und Anarchie zeigt sich auch auf



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

organischem Gebiete. Die Kooperation der Organe wird geringer oder hört auf; eigentlich ist das ein zeitweiliges Aufgeben der körperlichen Individualität. Vermutung, daß das Aufgeben der Kooperationsarbeit durch Energieersparnis und Beschränkung auf lokale Aufgaben, Regenerationsprozesse fördern mag. (···)

Kind wird von überwältigender Aggression betroffen, Folge "Aufgeben des Geistes", mit der vollen Überzeugung, daß dieses Selbstaufgeben (Ohnmacht) den Tod bedeutet. Doch grade die durch das Selbstaufgeben eintretende volle Relaxation mag günstigere Verhältnisse für das Ertragenkönnen der Gewalt schaffen. (Organe, Gewebe werden dehnbarer, Knochen biegsamer ohne zu brechen bei einem ohnmächtigen wie beim wachen Menschen, der sich der Gewalt nicht entgegenstellt; z. B. die relativ seltene ernsthafte Beschädigung Betrunkener.) Der den Geist aufgegeben Habende überlebt also körperlich den "Tod" und beginnt mit einem Teile seiner Energie wieder zu leben; es gelingt sogar die Einheit mit der vortraumatischen Persönlichkeit, allerdings meistens mit Erinnerungsausfall, retroaktiver Amnesie von verschiedener Zeitlänge, herzustellen. Doch gerade dieses amnestische<sup>171</sup> Stück ist eigentlich ein Stück der Person, die immer noch "gestorben" ist oder sich dauernd in der Agonie der Angst befindet.

Aufgabe der Analyse ist, diese Spaltung aufzuheben, doch hier entsteht ein Dilemma. Betrachtet man dieses Ereignis rekonstruktiv mit dem eigenen Denken, ja erreicht man sogar seine Denknötwendigkeit, so heißt das immer noch die Beibehaltung einer Spaltung in einen zerstörten und einen die Zerstörung sehenden Teil. Sinkt der Patient kathartisch bis zur Erlebnisphase hinunter, so fühlt er in dieser Trance die Leiden, weiß aber immer noch nicht, was vorgeht. Von den Objekt- und Subjekt-Empfindungsreihen ist nur die Subjektseite zugänglich. Erwacht er von der Trance, so schwindet sofort die unmittelbare Evidenz; das Trauma wird wieder nur von außen rekonstruktiv erfaßt ohne das Gefühl der Überzeugung. Vorschlag der Patientin O.S.: Während der Trance das Denken durch Stellen sehr einfacher Fragen zur Tätigkeit anzuregen, soz. den aufgegebenen Geist taktvoll und doch energisch wieder zu beleben und jenes abgestorbene oder abgespaltene Fragment langsam zur Einsicht zu bringen, daß es doch nicht gestorben ist. Zugleich muß der Patient soviel Mitleid und Mitgefühl erfahren, daß es ihn lohnt, wieder zum Leben zu kommen. Doch darf dieses vorsichtig zärtliche Behandeln nicht gar zu optimistisch werden; die Wirklichkeit der Gefahr und die Nähe des Todes resp. Selbstaufgebens muß zugegeben werden. Keinesfalls darf also – wie das Kranken und Kindern gegenüber so oft geschieht, das Trauma als eine Lappalie behandelt werden. Schließlich muß auch eingestanden werden, daß unser Helfen-können, ja auch Helfen-wollen beschränkt ist (zum Teil durch die Exigenzien des

---

<sup>171</sup> in der Vorlage: "amnestische", zuvor: "Amnäsie"

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

eigenen selbstischen Wesens, zum Teil durch unbeherrschte Eigenkomplexe) d.h. der Patient muß langsam einsehen, daß ihm von außen allein nicht geholfen werden kann, daß er also den verfügbaren Rest des eigenen Willens mobilisieren muß. Am Ende muß sogar ehrlich gestanden werden, daß ohne die Eigenhilfe unser Bemühen nutzlos sein kann. Die Frage bleibt offen, ob es nicht Fälle gibt, bei denen die Wiedervereinigung des traumatisch abgespaltenen Komplexes so unerträglich ist, daß sie doch nicht völlig zustandekommt, und der Patient mit neurotischen Eigenheiten zum Teil behaftet bleibt, oder gar tiefer in das Nichtsein oder Nichtseinwollen versinkt.



### 3. März 1932 (91)

#### *Zum Terrorismus des Leidens*

1) S.I.: Sie fühlt gelegentlich, besonders wenn sie aggressiv hart, sarkastisch etc. ist, daß etwas Fremdes aus ihr spricht, in dem sie sich nachher nicht wiedererkennt. Das böartige Fremde entpuppt sich, z. B. heute, als die böartige, unbeherrschte, aggressive, leidenschaftliche, darum für das Kind schreckhafte Mutter, deren beinahe manische Gebärden und Mimik, auch ihr Schreien, von Patientin mit einer Naturtreue imitiert wird, wie sie nur die Folge einer vollkommenen Identifizierung sein kann. Die psychologisierende Patientin beschreibt mit großer Ausführlichkeit ihre inneren Vorgänge bei solchem Schreck: ein Teil ihrer Person gerät "außer sich", der so leer gewordene Platz wird vom Willen des Erschreckenden eingenommen. Als Therapie fordert sie: die Fragmente der eingedrungenen Persönlichkeit müssen von mir Stück für Stück entfernt werden, zugleich muß sie versuchen, die explodierten Teile der eigenen Person in die Persönlichkeit zurückzupressen. Nach langandauernder Relaxation<sup>172</sup> und Passivität meinerseits, fordert sie nun: *you must poke the jelly fish*<sup>173</sup>, d.h. um ihretwillen muß ich mit ihr etwas strenger und härter sein.

2) Ähnliches bei B. Sie bittet mich, ihren Hals bis zur Suffokation zuzuschnüren; lieber das volle Leid erfahren als aus Angst vor ihm eine dauernde Unlustspannung im Unbewußten herumtragen.

---

<sup>172</sup> Das "Relaxationsprinzip" war eine von FERENCZI in den letzten Lebensjahren konzipierte Methode, um bestimmten psychoanalytischen Patienten Spannungszuwachs zu ersparen. (Siehe hier an anderer Stelle: *Relaxationsprinzip und Neokatharsis*) Dies bedeutete das Aufweichen psychoanalytischer Grundregeln und wurde, neben anderem, zum Anlaß für das Zerwürfnis zwischen Sigmund FREUD und FERENCZI. Das *Klinische Tagebuch* dokumentiert FERENCZIs therapeutische Erfahrungen unter Einsatz dieser Methode, die einer Grundhaltung im Bereich der heutigen Traumatherapie nahe kommt.

<sup>173</sup> Sie müssen die Qualle stechen



**Das klinische Tagebuch von 1932**

---



**8. März 1932 (95)**

(...) Ihre ganze Persönlichkeit war also in Stücke zersplittert. Ein Teil war pures Leiden, aber dem Bewußtsein nur in Träumen und Symptomen zugänglich und so unrealisiert. Ein anderer Teil verschaffte ihr die wunscherfüllende Umdeutung der Wirklichkeit. Ein dritter Teil: der Körper, der vollkommen dem Gifte und dem Vater gehorchte, verblieb als reiner Automatismus. Patent lebt also in einem unstillbaren Liebeshunger; mit Sublimationen vorliebnehmen ist unter diesen Umständen unmöglich; lieber zurück zur Verrücktheit oder in den Tod.



**15. März 1932 (102 ff.)**

*Das autochtone und das heterogene Ich (S.I.)*

Patientin kam schon vor langer Zeit zur Überzeugung, daß ein großer Teil ihrer Symptome ihr irgendwie von außen aufgezwungen ist. Seitdem sie von der psychoanalytischen Nomenklatur weiß, nennt sie diese aufgezwungenen, ihrem eigenen Ich fremden, den Tendenzen dieses Ich entgegengesetzten, ihm schädlichen Empfindungen, Tendenzen, Verleugnungen und Handlungen, als Aktionen des "Über-Ich". Sie stellt sich dieses Stück ich-fremde Einpflanzung sehr substantiell vor. Die zwei Hauptpersonen, die peinliche Stücke ihres eigenen Ich, um der durch sie verursachten Spannung und Unlust loszuwerden, ihrer Persönlichkeit aufbürden, sind vor allem ihre Mutter (die in einer Art geisteskranker Unbeherrschtheit ihre Kinder – in beglaubigter Weise – furchtbar zu prügeln pflegte) in letzterer Zeit auch eine ihr bekannte Dame, die eine zeitlang eine Art psychoanalytischen, aber auch metaphysischen Einfluß auf sie nahm; sie kennt aber auch wohlwollende, heilende Einflüsse, wie sie sie besonders mir zuschreibt. Es wäre natürlich nichts leichter, als diese ganze Symptomatik als paranoische Verrücktheit zu diagnostizieren, womit beim heutigen Stande unserer psychiatrischen Kenntnisse, die Unheilbarkeit inbegriffen wäre. Doch gestützt auf analoge Hinweise FREUDS, wonach keine Wahnvorstellung ein Körnchen Wahrheit missen läßt, entschloß ich mich, der zumindest psychischen Realität in solchen anscheinenden Wahnideen eindringlicher nachzuforschen, d. h. mich eine ganze Weile mit dem vermeintlich Verrückten zu identifizieren.

90



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Als Vorbild zu diesem Vorgehen dient mir übrigens wahrscheinlich das des Dr. BREUER, der nicht davor zurückschreckte, in den unsinnigsten Äußerungen einer Hysterischen die Wahrheit zu suchen und zu finden, wobei er theoretisch wie technisch auf die Winke und Vorschläge der Patientin sich zu stützen hatte.<sup>174</sup> Auf die zu erwartende Entgegnung, daß sich ja die Psychoanalyse (und gerade auch ich selber) ausgiebig mit der psychischen Realität der Wahnideen beschäftigte, indem sie sie als Projektionen uneingestehbarer Seeleninhalte darstellte, habe ich nur zu erwidern, daß ich am Projektionscharakter einer überaus großen Menge des Wahnhaften nach wie vor festhalte, es aber nicht für ausgeschlossen halte, daß in den Wahnproduktionen mehr objektive Realität enthalten ist als wir es bisher vermuteten. Schon von vornherein war ich geneigt zu denken, daß die Halluzinationen Verrückter, zum Teil wenigstens, nicht Einbildungen sind, sondern reale Wahrnehmungen aus der Umwelt und aus der Psyche anderer Menschen, die ihnen gerade wegen ihrer psychologisch motivierten Überempfindlichkeit zugänglich sind, während sie den normalen Menschen, der nur auf die nächsten, ihn angehenden Dinge eingestellt ist, unberührt lassen. Es liegt nahe hier, an die sog. okkulten Fähigkeiten gewisser Menschen zu denken und an die nahe Verwandtschaft und leichten Übergang der zwei Zustände: Paranoia und psychische Überleistung.

91

Die zweite Person, von der die Patientin sich verfolgt fühlt, hat solche "psychische" Qualitäten. Allerdings weiß die Patientin von ihr selbst, daß sie die Macht habe, mit Hilfe ihres Willens Menschen tun zu lassen was sie will. (Ein großer Teil ihrer Wahrnehmungen mag also einfach Projektion der ihr eingejagten Furcht sein.)

Patientin S.I. *fühlt* die all ihren Absichten widersprechende, aber unwiderstehliche Beeinflussung durch den Geist dieser beiden Personen, deren Stücke sozusagen in ihr wohnen. Die Mutterinfluenz z. B. hat die Tendenz, sich in ihr breitzumachen. Wäre sie nicht in Analyse gekommen, so hätte sie sich – wie sie ganz bestimmt fühlt – vollkommen in eine Person wie ihre Mutter verwandelt, sie begann schon hart, böswillig, geizig, schadenfroh, sich selbst und andere unglücklich machend, zu werden, ihren Mann an den Rand der Verzweiflung treibend, ihre Tochter quälend, dem ganzen Personal des Hauses Unlust und Schrecken einjagend. Stücke des mütterlichen Transplantates behalten ihre Vitalität, ja ihre Wachstumsenergie bei; die Schlechtigkeit der Menschen lebt sozusagen weiter in dem Geist jener, die schlecht behandelt worden sind (man denke an die Blutrache, die generationenlang fortlebt.)

---

<sup>174</sup> Siehe in Josef BREUER/Sigmund FREUD: *'Studien über Hysterie'* (Frankfurt/M. 1991) – Als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Traumatherapie wird BREUERS Arbeit mit *Anna O.* (auf die FERENCZI hier anspielt) ausdrücklich gewürdigt von Eugene BLISS, einem amerikanischen Pionier der DIS-Therapie (Jonathan BLISS & Eugene BLISS: *'Andrea's Word'*; New York 1985, Seite 104 ff.)



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Patientin fühlt aber auch, daß wenn es mir, dem Analytiker, gelingt, Stücke des extranen, eingepflanzten Geistes aus ihr zu entfernen, so nützt das dem Patienten, schadet aber jenem, aus dem die Bosheitsfragmente stammen. Diese Idee basiert auf einer Theorie, wonach das heterogen eingepflanzte Fragment in irgend einer virtuellen Weise, wie durch einen Faden, mit der Person des "Spenders" verbunden sei. Wenn also das Bosheitsfragment nicht aufgenommen, oder wieder ausgestoßen wird, kehrt es in die Person des Spenders zurück, steigert ihre Spannungen und Unlustgefühle, ja kann die geistige und körperliche Vernichtung jener Person zur Folge haben.<sup>175</sup>

Entsprechend der Großzügigkeit, die Personen dieser Art charakterisiert, zaudert sie nicht, diese an sich selbst gemachte Erfahrung zu verallgemeinern. Alle bösen, vernichtenden Triebe müssen in die Seelen, aus denen sie stammen, zurückverlegt werden (also in die Ahnen, die tierischen Vorfahren, ja ins Anorganische). Es ist dies also ein Weltverbesserungsplan von noch nicht dagewesener Großartigkeit.

Der therapeutische Erfolg des Mitgehens mit der Patientin auf diesem scheinbar gefährlichen Wege, war merkwürdig. Patientin sagte selber, aber es wird mir von allen Seiten betätigt, daß sich ihr Wesen vollkommen verändert hätte, sie quält ihren Gatten nicht mehr, zeigt Verständnis für seine Eigenheiten und bringt ihn dadurch in die Lage, die guten Eigenschaften, die er besitzt, zu entfalten; das Verhältnis zur Tochter, zu den Freunden und sozial Gleichstehenden wurde erquicklich, zu der früher höchstens bedauerten Person kommen alle Leute, um Rat zu holen. Das Merkwürdigste ist die Änderung ihres Verhaltens zum Gelde. Sie wurde großzügig, freigiebig, wenn auch besonnen. Wenn nichts anderes, so ist der therapeutische Erfolg eine Entschuldigung für die Verwegenheit, die Wahnideen einer Geisteskranken soweit ernst genommen zu haben.

92



---

<sup>175</sup> Diese Beschreibung von Täterintjekten (im heutigen Sinne) erinnert an Metaphern der schamanischen Psychotherapie (vgl. Sandra INGERMAN: *'Auf der Suche nach der verlorenen Seele'*; Kreuzlingen/München 1998). Solche Korrelationen – auch das kreative Arbeiten des Therapeuten mit Welterklärungssystemen traumatisierter PatientInnen – werden relevant in der interkulturellen Betreuung traumatisierter Flüchtlinge; vgl. Robert E. FELDMANN/Günter H. SEIDLER (Hrsg.): *'Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer'* (Gießen 2013) und Angelika BIRCK/Christian PROSS/Johann LANSEN (Hrsg.): *'Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer'* (Berlin/Heidelberg 2002).



**17. März 1932 (108)**

*Schwierigkeiten, die aus dem Nicht-real-nehmen der Persönlichkeitsspaltung erwachsen*

Ein Teil der Schwierigkeiten mit meinem Patienten R.N. erwächst daraus, daß ich Dinge, die ich dem Patienten im wachen Zustand sagte oder von ihm hörte, auch im relaxierten Zustande in irgend einer Form für gegenwärtig oder bewußt halte. Es bereitet mir anscheinend Schwierigkeit, daran *wirklich* zu glauben, daß die Dinge, über die wir uns ausgesprochen haben, jenem angeblich abgespaltenen Stück nicht irgend wie bewußt sind. Darum ärgert es mich nicht wenig, wenn die relaxierte Person, wenn ich mich auf vor kurzem Besprochenes berufe, klipp und klar erklärt, er wisse von garnichts, und zwingt mich sozusagen die ganze Sache nochmals zu erzählen, oder die geistige Tätigkeit jenes Fragments bis zum Verständnis der Dinge, Vorgänge, Situationen anzuregen. Begehe ich den obigen Fehler, so wird der Patient beinahe wütend; meistens erwacht er mehr-minder aus der Trance und hält mir eine Strafrede, in der mir manchmal recht ungeduldig meine Stumpfsinnigkeit in dieser Frage vorgeworfen wird. Erholt sich der Patient ein wenig (besonders wenn ich meine Schuld einsehe und bekenne) so versucht er mit engelhafter Geduld, mir nochmals genaue Ratschläge zu geben, wie ich mich zu benehmen habe, wenn ich mit dem getöteten unbewußten, sozusagen zerschmetterten Anteile ihrer Persönlichkeit in Kontakt treten und mit ihr in Kontakt bleiben will. Es wird auch auf die Wege hingewiesen, auf denen es mit großer Geduld und Verständnis fürs Primitive, Empfindliche, intellektuell Paralytierte, die Wiedervereinigung des traumatisierten Fragments mit der intellektuellen Person gelingen kann. Es ist das ein Stück ganz neuer, bisher von niemand vermuteter infantilpädagogischen Arbeit. Hier anzuknüpfen die mechanische Apperzeptionsweise im Infantilen überhaupt, bei Hypnose und Suggestion im besonderen, zugleich der richtige Weg zur Befreiung davon: Entmechanisierung und Enthypnotisierung.



Das klinische Tagebuch von 1932

---

**22. März 1932 (112 ff.)**

*Wiederkehr des Traumas in Symptomen, Träumen und in der Katharsis  
Verdrängung und Persönlichkeitsspaltung, Abbau der Verdrängung in und nach der  
Katharsis*

(B.) Patientin erzählt, unruhig geschlafen zu haben. Sie wurde (in Wirklichkeit) von einer riesenhaften Bernhardiner Hündin geweckt, das einemal heulte das Tier und wollte nur von ihr beruhigt werden (Patientin verspricht sich mehrere Male und spricht von der Hündin als wäre sie ein Hund – männlich). Das zweitemal kann der Hund in ihr Zimmer und erweckte sie, indem er ihr Gesicht leckte. In derselben Nacht ein *Traum*: sie hat furchtbaren Schmerz im Unterleib; alles Blut fließt unten heraus, wobei sie sich denkt: "Ich habe doch keine Menstruation." Gefühl von Darmentleerung dazu. Gefühl eines Fire-belt oberhalb der schmerzenden Stelle (Fire-belt ist der ausgerodete Streifen Wald, der bei Waldbränden die Weiterverbreitung des Brandes verhindert). Erwachen aus dem Schlaf (also bereits *Symptom*) mit dem Gefühle, daß sie sich nicht rühren kann wegen des Schmerzes. Beine lang ausgestreckt, wegen der Bauchschmerzen unbeweglich, Gefühl, als läge sie auf einem harten Boden, obzwar das Bett weich und bequem ist. Gefühl, als wäre sie plattgedrückt, kurzatmig, beide Hände nach außen gedreht, mit den Handflächen nach oben. Das ganze ist, als ob soeben ein schweres Gewicht, das sie plattdrückte, sich entfernt hätte, das Zerdrücktsein und Plattgedrücktsein in allen Gliedern zurücklassend. Sie ertappte sich tagsüber bei einer *Phantasie*, ein riesenhaftes männliches Genitale dringt in sie ein und zertrümmert alles in ihr. Sie sieht ihren Körper so übernatürlich ausgestreckt, wie bei einer toten Person; heftigstes Herzklopfen begleitet diese Phantasie. Nach etwa 20-25 Erschütterungen, die wie Schmerzwellen sie überwältigen, fühlt sie nichts mehr, sondern betrachtet sich, ihren Körper, wie eine fremde Person von außen. Die Menstruation ist noch nicht aktuell, sie rechnet darauf nicht vor 8 Tagen. Tagsüber vielfach heftige plötzliche Schmerzempfindungen in der Nabelgegend die sozusagen in die Tiefe zeigen. Ihr Rückgrat ist wie zerschmettert, biegsam und widerstandslos.

Der Traum bietet für die Erklärung keine Schwierigkeiten; seit beinahe zwei Jahren hat sie nur Träume, die nicht anders, als Träume von Vergewaltigung gedeutet werden konnten. Unzähligemale rekapitulierte sie Szenen oder eine Szene von Überwältigtwerden durch den Vater auf der flachen, harten Wiese, die Hände nach oben gedreht, die Beine oberhalb der Knie gefaßt und nach Überwindung aller Verteidigungskräfte auseinandergerissen, die Empfindungen des Eindringens etc. das Erwachen in vollkommener Erschöpfung und unfähig, das Geschehene zu deuten. *Relaxationstraumdeutung* ist der Versuch, statt bewußter Aufklärungen des

Traumes, mit Hilfe des bewußten Assoziationsmaterials, die Patientin in der Analysenstunde in den Traum selbst zu versetzen. Dazu ist ein gewisser Schläfrigkeitzzustand, Relaxation, nötig. Durch leise und einfache, keinesfalls schwierige Fragestellungen, trachtet man auch während des Träumens mit den Patienten in Kontakt zu bleiben, man fordert sie auf, in das Fühlen, Sehen, Erfahren, der einzelnen Details tiefer einzudringen, woraufhin sie weitere kleine Einzelheiten, Daten zum Traumfragment produzieren, die allem Anscheine nach aus der Realität stammen. Diese Art Traumversenkung führt in den meisten Fällen zu kathartischer Steigerung der Symptome, die uns dann Gelegenheit gibt, der Realität uns mehr zu nähern.<sup>176</sup>

Keinesfalls kann ich aber behaupten, daß es mir bisher auch nur in einem einzigen Falle gelungen ist, mit Hilfe von Symptomphantasie, Traumversenkung und Katharsis, die Erinnerung an die traumatischen Vorgänge selbst für den Patienten möglich gemacht zu haben. Es ist, als ob das Trauma, ähnlich wie die Traumen nach Gehirnerschütterung, von einer retroaktiv amnestischen Sphäre umgeben wäre. Die einzelnen Katharsen engen diese Sphäre mehr und mehr ein. Vorläufig ist es nicht ganz klar, in welcher Weise das Zentrum der Explosion und ob sie überhaupt dem Geiste des Analysierten als bewußter Vorgang und damit als erinnerungsfähiges psychisches Ereignis, einverleibt werden kann. (…)



### 25. März 1932 (114 ff.)<sup>177</sup>

Die Hilfe, die Mutters Schoß und kräftige Umarmung bietet, ermöglicht vollkommene Relaxation auch nach erschütterndem Trauma, sodaß die Eigenkräfte des Erschütterten, ungestört durch äußere Vorsichts- oder Verteidigungsaufgaben, sich unzersplittert der inneren Aufgabe widmen können, die durch das unerwartete Eindringen verursachte Funktionsstörung zu reparieren.<sup>178</sup> Die positiven Gefühle der Übertragung liefern sozusagen nachträglich die *Gegenbesetzung*, die beim Geschehen des Traumas nicht zustandekam.

---

<sup>176</sup> Es wird deutlich, daß FERENCZI Träume nicht oder nicht vorrangig auswertet im Sinne der FREUDSchen Traumdeutung, sondern realitätsbezogen. Dieser Blickwinkel auf Träume (im Gegensatz zu Flash Back) wird in der traumatherapeutischen Praxis offenbar auch heute wenig genutzt; darauf weist jedenfalls Richard MOLLICA hin ('Unsichtbare Wunden heilen', München 2009, Seite 169-189). – Siehe auch in FERENCZIS 'Gedanken über das Trauma', hier in der Folge.

<sup>177</sup> 25. März ist Datierung am Text, im Inhaltsverzeichnis steht 23. März.

<sup>178</sup> In dieser Formulierung wird FERENCZIS grundlegende Orientierung an *inneren Ressourcen* deutlich, die die eigentliche Aufarbeitung und Heilung nach Psychotrauma bewirken.



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Hier ist der Ort etwas über die Gegenbesetzung auszusagen: Vom Momente an, als man durch bittere Erfahrung belehrt, das Vertrauen zur Benevolence der Umwelt verlor, erfolgt eine dauernde Spaltung der Persönlichkeit, der sich abspaltende Teil etabliert sich als Wache gegen Gefahren, hauptsächlich an der Oberfläche (Haut und Sinnesorgane) und die Aufmerksamkeit dieser Wache ist fast ausschließlich nach außen gerichtet. Sie kümmert sich nur um die Gefahren, d. h. um die Objekte der Umwelt, die alle auch gefährlich werden können. Damit ist die Spaltung der früher einheitlich suggestiven Welt, in ein subjektives und objektives psychisches System und jedes bekommt sein eigenes Erinnerungssystem, von denen eigentlich nur das objektive voll bewußt ist. (...) Nur im Schlafe gelingt es uns, durch gewisse äußerliche Veranstaltungen (Sicherung der Situation durch Schließen von Fenster und Türe, durch Einwicklung in schützendes, wärmendes Bettzeug) diese Wache einzuziehen. (...)

Trifft ein Trauma die Seele oder den Körper unvorbereitet, d. h. ohne Gegenbesetzung, dann wirkt es auf Körper und Geist zerstörend, d. h. durch Zerlegung störend. Die Macht, die die einzelnen Fragmente und Elemente zusammenhielt, fehlt. Organfragmente, Organelemente, psychische Fragmente und Elemente werden dissoziiert. Körperlich heißt das wohl, die Anarchie von Organen, Organteilen und Organelementen, deren gegenseitiges Zusammenwirken erst die richtige Gesamtfunktion, d. h. Leben ermöglicht; im Seelischen verursacht die eindringende Gewalt bei Abwesenheit festhaltender Gegenbesetzung, eine Art Explosion, Zerstörung psychischer Assoziationen zwischen den Systemen und psychischen Inhalten, die bis in die tiefsten Perzeptionselemente reichen können. (...)

96



### 3. April 1932 (123ff.)

#### *Ex- und Implantation psychischer Inhalte und Energien (S. I.)*

Gleich vieler anderer Patienten, spricht diese an Angstzuständen (Anfällen), Angstträumen, allabendlichem Zwang sich zu alkoholisieren, gelegentlich auch des Tages Halluzinationen ängstlichen Inhalts produzierende frigide Patientin sehr häufig von einer dunklen, unwiderstehlichen fremden Macht, die sie gegen ihren Willen, gegen ihr eigenes Interesse, ja gegen die eigene Lustrichtung zu verstören, sich selbst und andere schädigenden Handlungen reden etc. zwingt; man könnte also von Demonomanie sprechen. Die psychoanalytischen Assoziationen arten nicht selten zu



Das klinische Tagebuch von 1932

---

ungemein lebhaften Gesichtsbildern aus, deren Realität sie nicht im geringsten zweifelt, obzwar sie dessen bewußt bleibt, daß dies eine andere Art von Sehen ist, wie das übliche. Automatisch verdeckt sie dabei ihre Augen mit den auf die Augäpfel gepreßten Unterarmen, vergißt beinahe meine Anwesenheit, doch scheint sie deren im gewissen Grade bewußt zu sein, da sie mir von ihren Empfindungen fortlaufend berichtet. Es ist auch nicht schwer, sie von diesen Halluzinationen abzubringen. Es genügt dazu meine mündliche Aufforderung. Man sieht eine gewisse Schwierigkeit, sich von jenem Zustande loszureißen u. zw. an der Anstrengung, mit der die Arme vom Gesicht gelöst werden müssen. Recht häufig schaut sie mich nachher wie erstaunt an, etwa mit den Worten: *Also Sie sind da?! Wie merkwürdig. Sie sind der Dr. F. und sind die ganze Zeit über hier gewesen.* Gelegentlich fügt sie Bemerkungen über Veränderungen ihres Wesens, die meine Anwesenheit zustandebringt, hinzu. Meine bescheidene Entgegnung, ich wisse nichts von solcher Großartigkeit in mir, auch hätte ich nichts besonderes für sie getan, antwortet sie mit großer Bestimmtheit, dann müssen meine Fähigkeiten und Aktionen mir selbst unbewußt sein. Der Inhalt der Halluzinationen äußerst sprunghaftes ideenfluchtartiges Wechseln von Zeit, Örtlichkeit und von Gegenständen. Sie fühlt sich von allen Fesseln und Hindernissen physischer Distanz befreit. Sie fliegt in die Atmosphäre, sinkt in die Tiefe der Meere mit allen Wundern der Tiefsee, die verschiedenen inhaltslosen Lichterscheinungen, die nicht selten eine bestimmte Zielrichtung haben, tauchen in ihr plötzlich auf. Fast immer erscheinen bald auch menschliche Figuren oder Figurfragmente, die sie Geister nennt. Gewisse Typen kehren mit großer Häufigkeit wieder, so besonders Chinesen. Ein alter Mann mit Glatze, der sich über sie beugt. Diese Art Geistertypen werden allmählich schreckhaft, Patientin macht Abwehrbewegungen, um oft mit gellendem Schrei und unter Anzeichen heftigsten Schreckens auszurufen: *Sie schlagen mich! Sie hauen meinen Kopf ein! Sie töten mich!* Dabei ist ihr Gesicht gerötet, Tränen fließen aus beiden Augen. Nach mehreren Minuten des Kampfes erlahmt plötzlich sozusagen die ganze Person, lautlos und leichenblaß liegt sie danieder, ohne den leisesten Affekt, sie behauptet gelegentlich, nicht mehr in, sondern außerhalb des Körpers zu sein, der Körper selber sei tot, getötet. Die Figuren (Geister) sind sehr oft Erscheinungen eines Toten, insbesondere des Bruders, der vor einem Jahre gestorben ist. Die Figur spricht nicht, äußert sich nur in Gesten. Zeigt auf das Herz (er ist am Herzschlag gestorben), zeigt auf mich (Dr. F.), als wollte er sie auffordern, sich an mich zu wenden.

Seitdem sie von der Theorie FREUDS über das Über-Ich als Spaltprodukt des Selbst gehört hat, wiederholt sie mit großer Überzeugung, daß in ihrem Falle ein bösartiges Über-Ich, der Wille der Mutter, sie mit Hilfe großer Angst in die Ketten legt und sie zu dem selbstzerstörerischen Benehmen zwingt. (Sie fühlt sogar, daß ihr unerwünschtes

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Fettwerden ein Werk dieses ihr aufgedrungenen Willens sei, der sich auch körperlich auf sie auflagert.)

Sie stellt sich das Eindringen des schädlichen Über-Ichs (Fremdwillens) etwa so vor, daß Schmerz und Schreck die zusammenfassenden lebenserhaltenden Kräfte der Person lähmt und in diesen "weichgewordenen widerstandslosen Stoff dringt der vom Haß und Angriffslust getragene fremde Wille, mit all seinen Tendenzen in die andere Person ein, während ein Stück der eigenen Spontaneität aus der Person gedrängt wird.<sup>179</sup>

Das Resultat dieses Prozesses ist einerseits die Implantierung von unlustspendenden, Schmerz und Spannung erzeugenden Seeleninhalten in die Seele des Opfers, zugleich aber saugt sozusagen der Aggressor ein Stück, d. h. das ausgedrängte Stück des Opfers in sich ein. Daher der beruhigende Effekt des Wutauslebens auf den Wütenden, wenn es gelingt dem andern einen Schmerz zu bereiten: ein Teil des Giftes wird einer anderen Person implantiert (von nun an hat jene Person mit den Unlustaffekten zu kämpfen, auch schon wegen der ungerechten Behandlung), zugleich annektiert der Aggressor (und das ist das Neue an dem von S. I. Mitgeteilten) die naive, angstlose, ruhige Glückslage in der bis dahin das Opfer lebte. Einfach ausgedrückt hieße das etwa: man ist in einer bedrängten, schmerzlichen Lage, beneidet die Ruhe des anderen, sagen wir eines Schwachen, eines Kindes, man gibt sozusagen einem Hunde einen Fußtritt in einer Depression. Dadurch erreicht man, daß auch der andere leidet, was meinen Schmerz unbedingt lindern muß. Andererseits annektiere ich mit diesem Akte die frühere Glückslage.

98



### 5. April 1932 (126 f.)

*Jeder Haß ist Projektion, eigentlich psychopathisch*

(...)

*Unausweichliche Ergänzungsstücke zum Ödipuskonflikt.* Erfahrungen über die traumatische Wirkung von Genitalangriffen Erwachsener auf kleine Kinder, zwingen mich zu einer Modifikation der bisherigen analytischen Auffassung über infantile Sexualität. Die Tatsache, daß es eine infantile Sexualität gibt, bleibt natürlich unangetastet, doch vieles von dem, was an der infantilen Sexualität leidenschaftlich

---

<sup>179</sup> Keine schließenden ".



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

erscheint, mag sekundäre Folge solcher, den Kindern gegen ihren Willen aufgedrungene, Leidenschaftlichkeit der Erwachsenen sein, die soz. in die Kindheit künstlich implantiert wird. Schon allzu leidenschaftliche Äußerungen nicht genitaler Zärtlichkeit, wie passioniertes Küssen, heftige Umarmungen, berühren eigentlich das Kind unlustvoll. Die Kinder wollen nicht mehr, als freundlich, zärtlich und milde behandelt werden. Ihre Bewegungen und Ausdrucksbewegungen sind zart, wo dies anders ist, war etwas schon nicht in Ordnung. Man muß sich die Frage vorlegen: wieviel von dem, was die unsterbliche Liebe des Kindes zur Mutter betrifft, und wieviel von den Mordgelüsten des Knaben gegen den konkurrierenden Vater auch ohne frühzeitige Einpflanzung passionierter Erwachsenenerotik und Genitalität auch rein spontan zur Entwicklung käme, d. h. wieviel vom Ödipuskomplex wirklich ererbt und wieviel traditionell von einer Generation auf die andere überliefert wird.<sup>180</sup>



### 10. Mai 1932 (153 f.)

99

#### *Traumatische Selbsterdrosselung*

Einer der Fälle, in denen Patient von nächtlichen Atemstörungen befallen wird. Gelegentlich erwacht sie und hört noch eine kleine Weile das eigene Röcheln, als wäre es das einer anderen Person, dann plötzliches Aufschrecken mit Angst. Die Relaxationsübungen in der Analyse führten zeitweise zu ähnlichen, von mir feststellbaren Zuständen: höchst oberflächliches Atmen, Leichenblässe der Haut, leise, kaum hörbare Stimme, kaum fühlbarer Puls. Diese Erscheinungen knüpften sich an Phantasien über die ihr von einem erwachsenen Manne, wahrscheinlich vom Vater, angetanen rücksichtslosen "Zärtlichkeiten". Bei vollkommener Unfähigkeit, oder Unmöglichkeit a) nicht nur das Trauma jemandem mitzuteilen, sondern b) von demselben überhaupt sichere Kenntnis zu haben. Im Anschlusse an ein "psychoanalytisches Bekenntnis" (Verraten meiner bisher nie geäußerten Unlust über ein homosexuelles Verhältnis, damit gleichzeitig vielleicht einer Spur von männlicher und ärztlicher Eifersucht meinerseits), Gefühl kolossalen Triumphes, nie gefühlter Selbstsicherheit: *also habe ich doch recht gehabt!*

---

<sup>180</sup> Zum Thema *Ödipuskomplex* als Axiom der Psychoanalyse siehe die grundlegende Arbeit zu gesellschaftlicher Funktion und Perspektive der Psychoanalyse von Manfred POHLEN und Margarete BAUTZ-HOLZHERR: *'Eine andere Aufklärung. Das freudsche Subjekt in der Analyse'* (Frankfurt/M.1991)



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Diese analytische Erfahrung befähigte die Patientin zu einer viel sicheren Überzeugung von der Realität des Vorfalles; dies befähigte sie dann, es ihrem Bruder zu erzählen (merkwürdiger Weise war es der Bruder, der gerade jetzt mit der Frage nach dem Charakter des Vaters an sie herantritt) und von ihm gleichfalls Bestätigungen zu erhalten. In derselben Nacht ein Alptraum von noch nie erlebter Dauer und Intensität und diesmal vollkommen unverzerrt: sie fühlt sich als kleines Mädchen von einem Riesen sexuell überfallen; das Gewicht des riesenhaften Körpers preßt ihr Brust zusammen, dann folgt eine endlose Reihe furchtbar schmerzlicher Genitalangriffe, die sie eine Weile mittels heftigster Kontraktion aller Muskelkräfte auszustehen versucht. Doch plötzlich versagt ihre Willenskraft; und im selben Moment tritt volle Fühllosigkeit ein im Bezug auf die eigene Person, ohne das Wissen um die ganze Szene zu verlieren; im Gegenteil, sie sieht nunmehr den ganzen Vorgang wie von außen, sie sieht ein totes Kind in der besagten Weise mißbraucht, ja merkwürdiger Weise hört mit dem Totsein auch das Bedauern (natürlich auch Angst, Rettungsversuche, usw.) vollkommen auf, dagegen wendet sich das Interesse ja das Gefühl und volles Verständnis dem Angreifer zu. Sie findet es selbstverständlich, daß die Spannungsansammlung im Angreifer auf besagte Art abgeführt werden mußte.

Inzwischen trat vollkommene Muskeler schlaffung ein, worauf hin die bereits vollkommen unterdrückte Atmung und Zirkulation wieder einsetzen konnte; die Patientin erwachte zum Teil, konnte aber noch die letzten Sekunden des Röchelns und jene Gefühle des Totseins als Traum empfinden. Nach vollem Erwachen blieb ausnahmsweise die Erinnerung an die Traumawiederholung erhalten. Bei früheren ähnlichen Anlässen (...) war die Erinnerung entweder vollkommen fehlend, oder bis zur Unkenntlichkeit verzerrt, und nur analytisch rekonstruierbar. Patientin hatte das Gefühl, daß nur das gesteigerte Selbstvertrauen und das gesteigerte Vertrauen zu mir es ermöglichte, so tief in die Wiederholung sich zu versenken.

Theoretisch läßt sich folgendes vermuten: Im Momente der vollen Erschöpfung im Muskeltonus (Epileptoide der Allgemeinkrampf, Opisthotonus) wird die Hoffnung auf äußere Hilfe oder auf Milderung des Traumas aufgegeben. Der Tod, der sozusagen schon da ist, wird nicht mehr gefürchtet, selbstverständlich schwinden auch alle moralischen und sonstigen Bedenken angesichts des unabwendbaren Endes; das Individuum gibt jede Hilfeerwartung von außen auf und ein letzter verzweifelter Versuch der Anpassung analog etwa dem Sich-tot-stellen der Tiere tritt ein. Die Person spaltet sich in ein rein wissendes, die Vorgänge von außen beobachtendes Seelenwesen und einen vollkommen unempfindlichen Körper. Soweit das Seelenwesen überhaupt noch Gefühlen zugänglich ist, wendet es sich mit seinem Interesse dem vom Prozeß einzig übrig bleibenden Gefühle, d.h. dem Fühlen des Angreifers zu. Es ist als ob die

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Seele, deren einzige Funktion es ist Gefühlsspannungen herabzusetzen, Schmerzen zu vermeiden, im Momente des Todes der eigenen Person ihre schmerzlindernde Funktion automatisch den Schmerzen, den Spannungen und Leidenschaften des Angreifers, der einzig fühlenden Person zuwendet, d.h. sich mit ihm identifiziert. (...)



### 12. Mai 1932 (157 ff.)

#### *Traumawiederholungszwang*

(...)

Im Falle R.N. steigerte sich der Anfall zu einem unerträglichen Höhepunkt, auf dem angelangt, Patient mit heftigster Leidenschaftlichkeit nach Hilfe verlangt, oft mit dem kreischenden Ausruf: "Take it away, take it away!"<sup>181</sup> Der Ruf ist augenscheinlich an mich gerichtet, bringt mich aber in die größte Verlegenheit, weil ich keine Ahnung habe, wie ich dem Leidenszustande abhelfen soll. Manchmal folge ich dem Wunsche und stelle die sozusagen suggestive Behauptung auf: ja, jetzt nehme ich den Schmerz weg. Manchmal bleibt "ein Stück Intelligenz" des Kranken auch während der Traumawiederholung im Kontakt mit mir, das gibt mir weise Ratschläge in Bezug auf die Behandlungsweise. So wurde mir der Rat erteilt, vor meinem Weggehen dafür zu sorgen, daß der Schmerz von der übrigen Psyche gesondert bleibt. Der schmerzhafte Seelenanteil wird dabei materiell als eine Substanz vorgestellt, und ich werde beauftragt, diesen Stoff mit einer starken undurchdringlichen Hülle zu umgeben, oder den übrigen Teil der Psyche, der in dem Kopf lokalisiert ist, durch zweckmäßig angelegte feste Balken vor dem Zusammensturz zu schützen. Es wird auch verlangt, daß, wenn ich auch weggehe, ein Teil von mir als Schutzgeist bei oder in der Patientin bleiben soll.

Offen gestanden, genierte ich mich sehr lange, auf solche suggestive Machinationen einzugehen, da ich weit davon entfernt war, an der Realität dieser sonderbaren Geistesvorstellungen zu glauben. Doch vielfach konnte ich einen Anfall nicht beenden, bevor ich das vom Patienten verlangte, wenn auch etwas verschämt, wörtlich hersagte. Wurden die selben Worte von mir ausgesprochen, und zwar gerade und wörtlich so, wie es verlangt war, so wirkten sie oft Wunder. Doch die Wirkung hielt nicht lange an, tags darauf mußte ich wieder von einem Alptraum, etc. auch von Symptomen tagsüber hören, und so ging es oft monatelang, ohne daß sich das Mindeste geändert hätte. Es

---

<sup>181</sup> Nehmen Sie es weg, nehmen Sie es weg!



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

gehörte ein großes Stück Optimismus dazu, trotz alldem geduldig fortzufahren, doch nicht minder groß war die Geduld, die ich so dem Patienten auferlegte.

Die heftigen Anfälle pflegten mit einem Gefühle des Totseins, der vollkommenen Erschlaffung zu enden. Patient fühlte sich wie in Stücke gerissen, oder besser gesagt, es gelang ihm, sich vom übrigen Teile der Person loszureißen. Die Seele fühlte sich in unendlichem Abstand, oder kolossaler Höhe, wurde aber durch diese Losreißung von der Realität in den Stand gesetzt, alles zu sehen, was in und um die Person vorgeht. In diesem hellseherischen Zustande nun wurde mir gesagt, 1) daß meine wesentliche Aufgabe die wäre, meine Geisteskräfte der abgespaltenen Seele zur Verfügung zu stellen, indem ich sie, die nach dem Losgerissenhaben, verständnislos in der Ferne irrt, nicht durch Aufklärungen, sondern durch geeignete Fragestellungen zur Tätigkeit anrege. Höchst einfach formulierte Fragen, auf die auch ein halbtot aufgefundenes Kind soll antworten können, muß ich an den abgespaltenen Seelenanteil stellen, Fragen in Bezug auf die geäußerten Gefühle, woher sie kämen, wer oder was sie verursachte, etc. wurden von mir erwartet und klar beantwortet. Doch solange ich an der Realität der Vorgänge selber zweifelte und mechanisch nur das von mir Geforderte hersagte, hatte das Befragen keinen rechten Erfolg; die Unzufriedenheit und das Schelten wegen meiner Unzulänglichkeit hielt an.

102

(...) Das prinzipiell Wichtige an all dem ist die Tatsache, daß es nicht genügt, traumatische Quantitäten abzuregieren, die Situation muß vom eigentlich traumatischen verschieden werden, um einen anderen günstigen Ausgang zu ermöglichen. Das Wesentlichste an der geänderten Wiederholung ist das Aufgeben der starren eigenen Autorität und der darin versteckten Hostilität<sup>182</sup>, die danach sich ergebende Erleichterung ist keine passagere, auch sind die so gewonnenen Überzeugungen tiefer wurzelnd. (...)



---

<sup>182</sup> Feindseligkeit



**9. Juni 1932 (169 f.)**

*Psychosoma*

R.N. Wenn Schmerz oder sonstige Sensation "unerträglich" (wenn also Gegenbesetzungskräfte und emotionale Ausdrucksquellen des Organismus erschöpft sind): *Muskel-Kontraktion* a) erschöpft b) zu schmerzhaft c) unterbricht Atmung; Herz erlahmt, (Oxygenarmut) – Blase und Darm entleert, scheint ein Fortleben mit Hilfe rein psychischer Mächte immer noch möglich zu sein. Psychiatrisch gesprochen: *die Halluzination* der Atmung kann bei voller somatischer Suffokation<sup>183</sup> das Leben erhalten. Die Halluzination von Muskeln und Muskelkraft, Herzkraft, Blasenentleerung, Erbrechen, bei voller Paralyse dieser Organe, kann den Zerfall des Organismus hintanhaltend. Die Patienten dagegen fühlen, daß in einer bisher nur etwa von Spiritisten geglaubten "teleplastischen" Weise, wirkliche Organe, Behälter, Greifwerkzeuge, Angriffswerkzeuge als Gelegenheitsorgane geschaffen werden, die kleinere oder größere Teile der Funktion des Organismus übernehmen, während der Organismus in tiefem Coma und leblos daliegt. Die Erledigung geschieht dann extrasomatisch. Z. B. eine große Blase (die gelegentlich noch weiter ausgedehnt wird) entsteht am Hinterkopf, in welche alle unerledigbare Unlusteffekte *ausgegossen* und in imaginärer Weise neutralisiert werden. Nur meinen die Patienten, daß diese Imagination ebenso real ist, ebenso effiziente, leistungsfähige Organs-Funktionen schaffen kann wie der Organismus selbst. Aus noch unbekanntem Stoff und mit Hilfe unbekannter Kräfte werden (in größter Not), wenn Eigenkräfte des Organismus erschöpft sind: *neue Organe gebildet*. (LAMARCK). Entgegen den bisherigen Annahmen können aber solche Organe nicht allmählich sondern plötzlich entstehen (wie die Organe einzelliger Wesen).

103



---

<sup>183</sup> Erstickung



**Das klinische Tagebuch von 1932**

---

**10. Juni 1932 (170)**

*Schweigepflicht*

*Das Verantwortungsgefühl kleiner Kinder nach Verfehlungen Erwachsener an ihnen.*

B. Vater so unglücklich nach der Tat, daß (auch unausgesprochen) Drohung des Suicids im Vordergrund. Reaktion des Kindes: Stummes Versprechen nichts lautwerden zu lassen (sonst fiele Familie auseinander, besonders Mutters Stellung, Liebe, ganzes Leben). (Zur besseren Sicherung des Schweigens auch *inneres Schweigen*: Vergessen, Verdrängung) (…)



**12. Juni 1932 (172 f.)**

*Technik: Fehler (Gemütsbewegung statt Objektivität) 1) begehen, 2) bekennen, 3) korrigieren*

(…) Patient benützt unsere Empfindlichkeit, um vergangenes Unbill zu wiederholen. Sie trachten darum, uns auf die Probe zu stellen. So lange wir diese Probe nicht bestehen, kommt es immer nur zur Wiederholung der infantilen Verdrängung: scheinbarer Gehorsam, innerer Trotz. Da es menschlich unmöglich ist, sich nicht zu ärgern und da Patienten auch die stumme Manifestation des Ärgers fühlen, bleibt nichts anders übrig, als den Ärger zu bekennen, zugleich die Ungerechtigkeit zugeben, und den Patienten, auch wenn er sich unangenehm, gebärdet, freundlich und liebevoll zu behandeln. Ungefähr dasselbe verlangt das Kind: die Eltern sollen sich nicht als freundliche Beschützer gebärden, wenn sie innerlich vor Wut beinahe bersten; das Kind reagiert nicht auf die freundlichen Worte, sondern auf das Benehmen, d. h. Stimme, Geste, Härte der Berührungen etc. Der Analytiker muß zum erstenmal eine Autorität sein, die ihren Fehler bekennt, besonders aber die Hypokrisie<sup>184</sup>. Das Kind verträgt eher unsanfte, aber aufrichtige Behandlung als die sog. pädagogische Objektivität und Kühle, die aber Ungeduld und Haß verbirgt. Das ist eines der Motive des Masochismus; man zieht es vor, geschlagen zu werden, denn Ruhe und Ordnung simuliert fühlen. Ein anderer Fehler, der erkannt, bekannt und geändert werden muß, ist Launenhaftigkeit.

---

<sup>184</sup> Heuchelei, Scheinheiligkeit





**12. Juni 1932 (173 ff.)**

*Psychische Gegenbesetzung unerträglich werdender Sensationen*

R.: Bei Annäherung an traumatische Szenen mit körperlicher und moralischer Mutilation, hysterische Gemütsausbrüche; wenn diese nicht mehr langen, statt Schmerzausbrüche, krampfhaftes Lachen. In diesem Momente scheint eine psychische Überbesetzung der Realität durch kompensatorische Lustphantasien plötzlich zu erfolgen (obzwar Patientin behauptet, daß das Lachen nur das Loswerden von einer Spannungsquantität bedeute). Patientin hat die Empfindung, daß an einer schmerzhaften Stelle des Hinterkopfes plötzlich eine Blase entsteht, in der alle Schmerzen platzfinden.<sup>185</sup> Die Blase ist fast endlos dehnbar. Dem geht wirkliche Urinausscheidung in großer Quantität voraus. Es wird an der schmerzhaften Kopfstelle (hier an der Stelle, wo der Patientin wahrscheinlich Injektionen gegeben wurden), eine Gelegenheitsblase gebildet, damit ist aber die Spaltung der Persönlichkeit begonnen. Ein neuerliches Trauma kann auch diese Blasenbildung überwältigen und soz. diese Blase zum Bersten bringen. Die scheinbar unmögliche Aufgabe ist hier, 1) jene Blase aus den Bruchstücken zusammenzukleben (wobei der Analytiker sowohl intellektuelle Kraft als auch die Geduld zum Ertragen aufzubringen hat). 2) ist dafür zu sorgen, daß die so rekonstruierte Blase ihren Inhalt wieder mit dem Ich (dem Körper) vereinigt.

105



**21. Juni 1932 (188 f.)**

*Permanente traumatische Atemstörungen im Schlaf*

*Zwei Fälle seit früher Kindheit bestehender Atemstörungen im Schlaf<sup>186</sup>*

I) Erwachen aus tiefem Schlaf mit Gefühl von Schwindel und Kopfschmerz, im Halbschlaf wird die Beobachtung gemacht, daß man 10 und mehr Sekunden lang überhaupt nicht atmet, auch nicht den Impuls nach Einatmung verspürt. Plötzliches

---

<sup>185</sup> Siehe Eintragung 9. Juni 1932.

<sup>186</sup> Hier nur erster Fall exzerpiert.



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Gefühl der Angst veranlaßt Inspiration, doch sobald die Schläfrigkeit wieder einsetzt, bleibt der Atem aus. Steigert sich die Ermüdung, so gelingt es wieder auf längere Zeit einzuschlafen, doch wenn man aus diesem Schlaf erwacht, ist man wie nach einer ernsthaften und gefährlichen, auch lange dauernden Suffokation: Hitzegefühl im Kopf, alle Decken von sich geworfen, heftiger Hustenanfall, sekundenlange Expektoration von zähem, kristallklarem Schleim, in ihrer Verästelung die Bronchiolen nachahmend. Es ist unzweifelhaft, daß die Bronchiolen vollkommen verstopft waren und ganze Bezirke der Lunge außer Funktion standen. Pulsfrequenz gesteigert, Puls unregelmäßig. Fast der halbe Tag war nötig, um allen Schleim zu expektorieren, Lungen-Herztätigkeit halbwegs herzustellen, die arg mitgenommene geistige und sonstige Arbeitsstörung zu beseitigen. Wache Beobachter stellen fest, daß Patient fast fortwährend mit den Zähnen knirscht, bei etwas tieferem Schlafe laut schnarcht, bis endlich jene Cheyne-Stokes-artige<sup>187</sup> Atemstörung mit Aufschrecken sich einstellt. Gelegentlich artet die Atemstörung in ruckartige Zuckungen aus, so daß die Ähnlichkeit mit epileptoidem Anfalle sich einem aufdrängt.

Doch dieselbe Symptomgruppe reproduziert sich fast in jeder Analysenstunde bei entsprechend tiefer Relaxation. Es hat den Anschein, daß der Patient eigentlich in einer dauernden, auch tagsüber bestehenden Tendenz zum Versinken in eine Erstickungsagonie sich befindet, sodaß seine Atmung eigentlich schon eine bewußte Gegenmaßnahme ist und nicht, wie bei normalen Menschen, automatisch abläuft. Ein Teil der bewußten Aufmerksamkeit versieht die Aufgabe, die Atembewegung nicht zulange aussetzen zu lassen. Sobald die Aufmerksamkeit durch Ermüdung und Schlaf eingeschränkt ist, oder ganz aufhört, setzt die Atemstörung wieder ein.

In der von mir empfohlenen analytischen Relaxation kam es auch in halbwachem Zustande zu dieser Art von Atemstörung. Wenn ich nun beim Aufschrecken den Patienten dazu drängte, mir Traumphantasiefragmente, die er sonst unbeachtet ließ, mitzuteilen, und wenn ich zu diesen Fragmenten zum Teil frei assoziieren ließ, zum Teil entsprechend mit Fragestellungen nachhalf, so kamen wir zur Rekonstruktion eines Infantiltrumas von homosexueller Natur. Die bewußt vollkommen vergessene Attacke eines älteren Knaben, die offenbar wiederholt wurde, hatte zur Folge:

1) eine auffällige Neigung, sich einem Manne mit starkem Willen unterzuordnen. Als Kompensation: trotziges Auflehnung gegen Beeinflussung jeglicher Art und Zwang zu

---

<sup>187</sup> Eine pathologische Atmungsform, die durch periodisches An- und Abschwollen der Atemtiefe und des Abstands der einzelnen Atemzüge voneinander charakterisiert ist.

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

vollkommener moralischer und intellektueller Unabhängigkeit. Stimme blieb etwas feminin, Verhältnis zum weiblichen Geschlechte gestört, fühlt den Frauen gegenüber<sup>188</sup>

2) Relative Impotenz mit zeitweisen (heterosexuellen) Durchbrüchen; starke Leidenschaft in masturbatorischen Phantasien; *Ejaculatio usque ad tegmen camerae*.<sup>189</sup>

3) Die beschriebenen Atemstörungen: Zeitweise pulsierende Schmerzen im Rücken, früher mit Angst- (*und Wut*)-Träumen, seit Jahren ohne Traum.



### 23. Juni 1932 (191 ff.)

#### *Anästhesieren des Traumas*

Das Dilemma der Heilung einer Neurose durch neuerlich Erlebenlassen des pathogenen Traumas – und diesmal ohne "Verdrängung" – stößt auf folgende auf den ersten Anblick unüberwindlich scheinende Schwierigkeiten: es gelingt uns mit Hilfe von Aneiferung<sup>190</sup> den Patienten dazu zu bringen, sich in eine oder einige auf bestimmte Zeiten und Örtlichkeiten lokalisierte, peinvolle Geschehnisse einzuleben, dabei alle Anzeichen geistigen und körperlichen Leidens zu manifestieren, ja im Gespräch während des Anfalles sie dazu zu bringen, die Realität jener Vorkommnisse sich und uns einzubekennen, doch der erwartete Dauereffekt bleibt aus und eine lange Reihe von Analysestunden vergeht ohne merklichen Fortschritt in Bezug auf Symptomheilung oder dauerhafte Überzeugung. Entweder verdunstet die scheinbar endgültig festgestellte Überzeugung im Laufe des drauffolgenden Tages (noch mehr im Laufe der Nacht und der Traumerlebnisse), oder aber steigert sich die Pein beim traumatisch-analytischen Erlebnis in einem solch unerträglichen Grade, daß der Patient aufhört objektiver Beobachter und Zurkenntnisnehmer der Ereignisse zu sein, gerät in einen Affekt des Schmerzes, der alle Gedanken und Wünsche, alle Zugänglichkeit für Raison erstickt und nur den fürchterlichen Angstschrei bestehen läßt, ihn von diesem Schmerz zu befreien.

Folgt man diesem Hilferufe – und beschwichtigende Worte und suggestive Äußerungen haben da entschiedene Wirkung, – so endet die Pein, damit aber auch jedes Wissen um die Verursachung. Geben wir jenem Schreie nicht nach und lassen den Schmerz der

107

---

<sup>188</sup> Text bricht hier ab, Punkte 2) und 3) werden auf einer neuen Seite und mit neuem Datum (22. Juni) handgeschrieben fortgesetzt. (*Anmerkung in der Originalausgabe*)

<sup>189</sup> Ejakulation bis zur Zimmerdecke (*Übersetzung durch Herausgeber der Originalausgabe*)

<sup>190</sup> Ansporn, Motivation (österreichisch)



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

traumatischen Lage fortbestehen, so folgt schließlich eine entschiedene Geistesverwirrung, nicht selten mit Lachkrampf, oder eine ernsthafte und erschreckende, fast leichenartig anmutende Lähmung nicht nur der geistigen Tätigkeiten und der Muskulatur, sondern auch der Atmung und des Herzens. Die Patienten solcher Art gequält, beginnen an der Analyse zu zweifeln, beschuldigen uns der Unwissenheit, der Waghalsigkeit auf ihre Kosten, der Grausamkeit, der Impotenz, trachten sich von uns loszureißen (...), bringen uns selber zur Verzweiflung und zum Zweifel über unser Tun. Die usuell kühle Entschuldigung, all das käme vom Widerstand des Patienten, noch tiefer in das Trauma zu versinken, hilft da nichts. Die Patienten haben die bestimmte Empfindung, daß sie selber die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit erreicht haben, daß nunmehr jemand anderer, natürlich ich, der Analytiker, "etwas tun" muß, doch was tun!!?

In einem besonders eindrucksvollen Falle erhielt ich die Antwort, nicht nur Aufklärung, auch Zärtlichkeit und Liebe ist als Gegenmittel des Schmerzes zu verabreichen (und nur wirkliches Mitempfinden, nicht simuliertes). Wie schon anderweitig ausgeführt, mag solches analytisches Erlebnis oft wirklich eine überraschend plötzliche Änderung zum Bessern nach sich ziehen. (...) Doch in vielen anderen Fällen gelingt dies nicht. Ich denke an drei, jetzt in Beobachtung stehende Fälle:

1) Fall R.N. wo ich allerdings immer nur vorübergehend, wenn auch intensiv und mich selbst überwindend, jene Sympathie zustande bringen kann. Tiefgehende Selbstanalyse war nötig, um die Motive der Antipathie in mir selbst ausfindig zu machen, zu paralisieren und den eigenen Charakter, besser ausgedrückt, die analytische Potenz, so zu steigern, daß ich auch der Antipathischen Hilfe bringen konnte. Mit Hilfe dieser Maßnahmen kam ich in die Lage, den Kampf mit dem Geist und auch den Körper des Kranken beherrschenden Dämon aufzunehmen. Dabei auf viel Intelligenz und Scharfsinn erforderlichen Weise den Schmerz des Patienten durch Mitleid zu dränieren. Durch dauerhafte Applikation solcher psychischen Drainage die Spannung, die sonst zum Bersten neigt, soweit zu entlasten, daß die Aneiferung zur Einsicht und zur Überzeugung möglicher wird. Immerhin war der Erfolg und die Progression wenn auch sichtlich vorhanden, ungeheuer langsam.

In den beiden anderen Fällen konnte die traumatische Analyse gar nicht einsetzen. Niemals relaxierten die Patienten zur freien Assoziation, geschweige denn bis zum intellektuellen und emotionellen Halb- und Unbewußtsein. Beide schützten sich vor Unlust, auch vor der leisesten mit solch krampfhafter Gewalt und beide haben sich ein Leben und eine Geistesart ausgeheckt und ausgebildet, daß sie meilenweit von den wirklichen Erschütterungen ihres Lebens entfernt bleiben. Im Falle R. schon kam ich zur

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Idee, daß – da die Traumen wahrscheinlich in künstlich (narkotisch) provozierter Unbewußtheit und Lähmung (des Körpers und des Geistes) verliefen – es angezeigt wäre, die Patientin mit Äther oder Chloroform zu narkotisieren, damit den traumatischen Schmerz soweit zu anästhesieren, daß die Begleitumstände des Traumas zugänglich werden; man erwartet von solchem Vorgehen das Zutagebringen von materiellen Beweisstücken, die vom Patienten auch nach dem Erwachen nicht verleugnet, oder in ihrer Bedeutung vermindert werden können. Man könnte auch daran denken, die Narkose mit hypnotischer Suggestion zu kombinieren; die Suggestion müßte sich darauf beschränken, die Widerstände gegen die Zurkenntnisnahme der geistigen und körperlichen traumatischen Ereignisse, subjektiv sowohl als objektiv zu vertiefen und auch für die Zeit des Erwachens (post-narkotisch und post-hypnotisch) zu fixieren. Merkwürdigerweise haben beide Patienten (2. und 3.) die Narkosiermethode zum eigenen Gebrauch schon angewendet. (...)



109

### 17. Juli 1932 (Seite 269 f.)<sup>191</sup>

*Projektion der eigenen realen Inzesttendenzen auf Kinder und Patienten; kein Verständnis für den Unterschied zwischen infantilem Phantasieren und Realisierung derselben*

(...)

Ich gab zu, daß ich von meinen theoretischen Voraussetzungen befangen, in oberflächlicher und sorgloser Weise die Gefühlsweise einer erwachsenen, geschlechtsreifen Person supponierte dort, wo wahrscheinlich nur infantile, irrealer erotische Phantasien vorhanden waren.

Ich hoffe, daß diese Fähigkeit zur Einsicht und Einkehr und das drauffolgende unvoreingenommeneres Mitgehen mit der Patientin in der Richtung des peinlichen Gefühls der Identifizierung, die bedrohte Analyse retten konnte. Mehrere wichtige Lehren sind daraus zu ziehen:

(1) daß wir, Analytiker, einen Gott weiß wie großen Teil unserer Sexualtheorien auf die Kinder projizieren, doch nicht minder auf unsere Patienten in der Übertragungsfrage;

---

<sup>191</sup> Am Text datiert mit 17. Juli, im Inhaltsverzeichnis jedoch mit 17. August und danach im Buch eingereicht. Ich orientiere mich am 17. Juli, es bleibt jedoch unklar, welches Datum richtig ist.



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

wir können es nicht fassen, daß die Patienten wirklich, obwohl erwachsen, kleine Kinder geblieben sind und mit den Dingen nur spielen wollen, von der Realität auch in der Übertragung erschrecken, es uns aber aus Angst vor uns nicht sagen und sich uns zuliebe so benehmen, als wären sie in uns verliebt; vieles davon nur, weil wir Analytiker diese Erwartungsvorstellungen, oder gar unbewußt Gelüste haben.

(2) wir machen keinen rechten Unterschied zwischen phantasiespielerischen, erotischen Velleitäten<sup>192</sup> der Kinder (und in dieser Beziehung benehmen wir uns etwa wie der Vater von B., der vom Sexualspiel der Tochter hingerissen, dieser Gewalt antat).

(3) die Fixierung in kindlichem Stadium wird verursacht a) durch Forzieren erwachsener Arten von Libido, b) durch herabwürdigende Scheltworte, Schlägen etc. wegen der Ödipusphantasien, die eigentlich erst durch dieses Ernstnehmen wirklich wurden, c) noch schlimmer ist die Fixierung, wenn – wie so häufig – zuerst das Realnehmen in positiver Art zugelassen, dann aus Gewissensangst Reserviertheit und Strafe appliziert wird (um das Kind vergessen zu machen und das eigene Gewissen zu beruhigen).

Nebst Leidenschaftlichkeit muß diese Art von Verständnislosigkeit für das kindliche Wesen und insbesondere der Unglaube an die Unschuld der Kinder (und der Patienten) diese zur Verzweiflung bringen, die die Erwachsenen in Mutlosigkeit oder Trotz, manchmal in übertriebene Ambition, jedenfalls aber unglückliche Charakterzüge zu formieren helfen; in der Analyse aber führt sie zu einer "Versandung", die die Analytiker als Widerstand des Patienten auslegen, anstatt den Fehler bei sich selber zu suchen. Die Abhilfe kann nur eine Analyse bringen, die auch die Analytiker und die analytische Theorie nicht schont. Tun das unsere eigenen Analytiker nicht, so haben wir auf die Worte unserer Patienten zu lauschen und die von ihnen gegebenen Winke zu verarbeiten. Dann müssen wir von den Patienten das von uns Beargwohnte herausbekommen. Die Folge ist: Erleichterung und Fähigkeit, Dinge zu fühlen unabhängig davon, ob sie uns angenehm oder unangenehm sind. Damit ist das Ende der Identifizierung eingeleitet.

110



---

<sup>192</sup> Willensregungen



**24. Juli 1932 (Seite 228 ff.)**

*Über Abreagierung*

Seit mehr als zwei Jahren arbeiten wir mit R.N. so, daß Fragmente der Traumata, oft die ganze traumatische Vorgeschichte, wiedererlebt und mit kolossalem Affekt, Ausbrüchen, mit allen Anzeichen fürchterlicher Erlebnisse durchgearbeitet wird. Die Assoziationen knüpfen sich fast ohne Ausnahme an die Träume an. Zum Teil sind auch schon die Träume peinlich, von alldruckartigen Charakter, zum anderen Teil sind die Träume von harmloser Façade und nicht schlafstörend und erst die Assoziationen heben die Affektmenge. Trotz dieser Mühe meiner – und Affektreaktion ihrerseits, kann bis auf den heutigen Tag kein Dauererfolg der Affektausbrüche verzeichnet werden. Zwar enden die Attacken zumeist mit einer gewissen Beruhigung, auch spürt die Kranke während dieser Anfälle und unmittelbar nach ihnen ein Gefühl der Überzeugung von der Wirklichkeit der Erlebnisse, doch recht bald nach solchen Stunden meldet sich der Zweifel und nach wenigen Stunden ist alles beim alten, auch bringt die nächste Nacht wieder einen Alptraum und die nächste Stunde wieder einen Anfall.

111

Über die Ursachen dieser Erfolglosigkeit sind wir nicht ganz im klaren. Zu bemerken ist, daß die Patientin nicht eher die Anfälle bekommt, denn nachdem sie ihre Tagespersönlichkeit und ihren Namen fallen ließ und ganz jenes Kind mit dem kindlichen Namen wird, dem die traumatischen Anfälle zugefügt werden. Mit anderen Worten: der abreagierende Teil lebt wirklich immer noch in der Vergangenheit; die Patientin wiederholt, richtiger setzt fort Emotionen der Kindheit. Erwacht sie nach dem Anfall, so wird sie wieder die erwachsene Person, die keine Erinnerung an die Realität der Infantilangriffe und peinlichen Erlebnisse mehr hat. Sie hat allerdings die Erinnerung an den Anfall, ist also diesbezüglich nicht amnestisch, doch verliert sie beim Erwachen den Eindruck der Wirklichkeit der Situationen, unter denen die Angriffe in der Kindheit stattfanden. Solange das Gespaltensein der Persönlichkeit fort dauert, solange die Patientin einerseits wach-bewußt und amnestisch, andererseits schlafend oder in Trance und dabei die Vergangenheit fortsetzend ist, solange also die Persönlichkeitsabspaltungen sich mit einander nicht vereinigen, haben die Abreagierungen nicht viel mehr Erfolg als die auch spontan gelegentlich auftretenden hysterischen Ausbrüche. Das sieht recht hoffnungslos aus, doch einige Lichtblicke sind doch bereits zu verzeichnen.

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Unter welchen Umständen findet die, wenn auch passagere, Verknüpfung beider Persönlichkeiten und damit die Überzeugung statt? Solange ich etwas ärgerlich, vielleicht auch etwas gelangweilt dem neuerlichen Ausbrüche zuhöre, wovon die Patientin zumteil aus meinem Benehmen, meiner Stimme, meiner Art zu fragen, Kenntnis bekommt, steigert sich der Schmerz und die Acuität des Anfalles und wenn ich nichts weiter tue, enden sie gewöhnlich mit einem schrillen, irren Lachen und dann Erwachen in Apathie. Merkt aber die Patientin, daß ich wirkliches Mitleid mit ihr empfinde und daß ich mit dem größten Eifer dabei bin, die Ursache ihrer Leiden auszuforschen, so wird sie plötzlich fähig, mir nicht nur die Vorgänge dramatisch vorzutragen, sondern mir davon zu erzählen. Die freundliche Atmosphäre ermöglicht es ihr also, die Traumen in die Vergangenheit zu projizieren und als Erinnerungen mitzuteilen. Der Kontrast zu dem Milieu der traumatischen Situation, also Sympathie, Vertrauen, u. zw. gegenseitig, muß also erst hergestellt werden, bevor eine Neueinstellung: Erinnerung an Stelle der Wiederholung gesetzt wird. Freie Assoziation allein ohne Neubegründung einer Vertrauensatmosphäre bringt also keine wirkliche Heilung. Der Arzt muß wirklich mit ganzer Seele beim Falle sein, oder wenn er es nicht ist, muß er es ehrlich bekennen, ganz im Gegensatz zum Benehmen der Erwachsenen Kindern gegenüber.

112

Aus den Hindernissen der Vereinigung der Persönlichkeitselemente zu einer Einheit, kann man vielleicht rückschließen auf die Art des Zustandekommens der Spaltung selbst. Bei einer seelischen oder körperlichen Tortur schöpft man aus der Hoffnung, daß es doch bald oder später anders sein wird, Kraft zum Ertragen des Leidens. Man behält also die Einheit der Persönlichkeit bei. Übersteigt aber die Leidensmenge und -art die Fassungskraft der Person, so gibt man sich auf, man duldet nicht weiter, es lohnt sich nicht mehr, diese schmerzlichen Dinge zu einer Einheit zusammenzufassen, man wird in Stücke gespalten. Ich leide nicht mehr, ja ich höre zu existieren auf, wenigstens als Gesamt-Ich. Die einzelnen Teilstücke mögen für sich allein leiden. Das Aufhören des Gesamtleidens und sein Ersetztwerden durch Leidensfraktionen mag jene plötzliche Erleichterung mit sich bringen, die das Weinen, Kämpfen und Kreischen plötzlich in ein Lachen umschlagen läßt. (…)



**30. Juli 1932 (Seite 240 ff.)**

*Die endlose wiederholte "buchstäbliche" Wiederholung – und keine Erinnerung*

Patientin B. träumt von einer Kusine, sie liegt auf der Wiese, ein Stier rennt ihr nach und vergewaltigt sie. Zweite Szene: sie sieht dieselbe Kusine (Name Shore) leblos im Wasser schwimmend, dann von einer Menschenmenge betrachtet, wird sie ans Ufer geschleppt. Patientin erwacht. Unmittelbar nach dem Erwachen, zerbricht sie sich den Kopf darüber, warum kann sie sich an diese Dinge nicht erinnern, warum träumt sie von ihnen nur und warum in so entstellter Form. Sie stellt auch an mich dieselbe Frage. Meine erste Antwort ist: ich weiß es von anderen Analysen, daß ein Teil unserer Person "sterben" kann, und wenn der übrige Teil doch das Trauma überlebt, erwacht er mit einer Lücke im Gedächtnis, eigentlich mit einer Lücke in der Persönlichkeit, da nicht nur die Erinnerung an den Todeskampf, sondern alle damit zusammenhängenden Assoziationen in selektiver Weise verschwunden, vielleicht vernichtet sind. "Ja, wenn ich das schon weiß, warum kann ich mich nicht mit dem Totsein des getöteten Teiles abfinden und sehen, daß ich am Ende doch mit einem großen Teil meiner Person immer noch lebe: warum kann ich mich nicht mit Gegenwart und Zukunft beschäftigen und schließlich, ich werde nicht müde mich und Sie zu fragen: wenn ich mich mit der Vergangenheit beschäftige, warum tue ich das in Form von Träumen und in solch entstellter Weise."

Ich half mir aus der Verlegenheit mit folgender Antwort: "Ich weiß es aus anderen Fällen, daß es fürchterlich peinliche Momente geben kann, in denen man das Leben so schrecklich bedroht, sich selbst aber so schwach oder im Kampf so ermüdet fühlt, daß man das weitere Kämpfen aufgibt. Eigentlich gibt man sich selber auf." Als Analogie berufe ich mich auf die verlässliche Erzählung eines indischen Freundes und Jägers. Er sah, wie ein Falke ein kleines Vögelchen angreifend, sich diesem näherte; der kleine Vogel begann zu zittern und nach einigen Sekunden des Zitterns flog es schnurstracks in den offenen Mund des Falken und wurde verschluckt. Die Erwartung des sicheren Todes scheint eine Pein zu sein, der gegenüber der wirkliche Tod eine Erleichterung ist.

Bekannt sind die Fälle, in denen Leute aus Angst vor dem Tod sich erschießen (vor einem Duell, vor einer Schlacht, vor der Exekution). Sich selbst das Leben zu nehmen (gleich wie sich selber zu bestrafen) scheint eine relative Erleichterung zu sein. Unerträglich dagegen scheint es zu sein, wenn man sich vor einer überwältigenden Gefahr mit Sicherheit erdrückt werden sieht, ja dieses Erdrücken schon zu fühlen

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

beginnt, und die äußerste Anspannung aller unserer Geistes- und Körperkräfte erscheint lächerlich gering im Vergleich mit der Angriffsgewalt.

Wie aber würde sich jenes Vögelchen fühlen, wenn es nach dem Zittern grade dem Tode entgegenfliegt und wenn grade im selben Moment mein Freund, der Jäger, den Falken abgeschossen hätte, bevor er das Vögelchen verschlucken konnte; wie wäre dem Vögelchen zumute gewesen? Möglicherweise hätte es sich nach einer gewissen Zeit erholt, wahrscheinlich aber würde vom Momente des Selbstmordversuchs nur eine Erinnerung übrigbleiben, denn was ist erinnern: das Aufheben einer Gedächtnismarke zum Zwecke zukünftiger Benützung. Wenn aber das Leben schon aufgegeben, also keine Zukunft mehr vor uns liegt, wozu soll sich das Individuum die Mühe nehmen, sich noch etwas zu merken, und da ich mich schon verloren gab, d. h. ich mir nicht mehr wichtiger bin als die übrigen Menschen und die äußeren Objekte: warum soll ich mir die Sache nicht, auch für die kurze Zeit der Existenz, leichter machen, indem ich – wie ich das von Träumen her gewohnt bin – mich selber nicht mehr als die leidende Person fühle, sondern mich, oder eine mir ähnliche Person von außen betrachte. wie B. in ihrem Traume das Sterben ihrer Kusine.

Einfacher ausgedrückt könnte man also sagen, daß die Angst vor dem unausweichlichen gewaltsamen Tode zu einem Sich-selbst-aufgeben und dadurch zu einer traumhaften Illusion oder Halluzination führen kann. Ich kann mich hier auf Beispiele berufen, in denen sterbende Kollegen mit dem behandelnden Arzte ein Konsilium über einen sterbenden Kranken hielten (der sie selber waren). Vielleicht gibt es überhaupt zweierlei Sterben: ein Sterben, in das man sich fügt und eines, gegen das man bis zum Ende protestiert. Eine Form dieses Protestes aber ist das Leugnen der Realität, d. h. eine Geistesstörung. Die vollkommene Negierung der Realität ist die Ohnmacht. Die partielle Negierung und Entstellung der Realität ist die Ersetzung derselben durch einen Traum. Geschieht es dann, daß durch äußere Umstände, oder durch Lebenskräfte, die man beim Todesentschluß nicht in Rechnung zog, man der Todesgefahr entrinnt, oder die tödlich gewähnte Überwältigung erfährt, ohne daran zugrunde zu gehen, so ist es verständlich, wenn man etwa an die Vorkommnisse während der Geistesabwesenheit nicht mehr subjektiv als Erinnerung, sondern nur objektivierend als ein Geschehen an einer anderen Person denken und sie nur in dieser Form vorstellen kann.

Das mag die Ursache dessen sein, daß sie meinen Aneiferungen folgend, so oft schon tief in die Vorstellung jener infantil-traumatischen Vorkommnisse sich mit der größten Lebhaftigkeit versenkten, ja mit ihrem körperlichen und geistigen Betragen, dramatisch den erschütternden Vorgang agierten, doch nach dem Erwachen aus dieser Trance,

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

wurde aus dieser ernsthaften und schmerzlichen Realität wieder nur ein "Traum", d.h. die beinahe schon gewonnene Überzeugung wurde angenagt und bald zerfressen.

Ich muß wieder auf die Idee zurückkommen, die Sie äußerten: warum denn sich so viel um diesen unzugänglichen, abgestorbenen oder sonstwie abgekapselten Stück der Persönlichkeit zu kümmern, "warum soll man die Toten nicht totsein lassen und selber weiterleben?" – "die Antwort darauf ist leicht, Herr Doktor. Jener abgespaltene Teil scheint erstens einen großen, ja vielleicht den bedeutendsten Teil meiner Seele auszumachen, und auch wenn Sie mir dazu zureden würden, was Sie hoffentlich nicht tun werden, würde ich es nie aufgeben danach zu streben, auch den noch so schmerzlichen Anteil meiner Person mir bewußt zu eigen zu machen." – "Ich muß dem hinzufügen", antwortete ich, "daß Sie, auch wenn Sie es wollten, sich den Einwirkungen der Abspaltung nicht entziehen können. Das Abgespalten-sein mag die bewußte Erinnerung unmöglich machen, kann es aber nicht verhindern, daß der ihr zugehörige Affekt in Launen, Gemütsausbrüchen, Empfindlichkeiten, oft in allgemeiner Depression, oder kompensierender unmotivierter Heiterkeit, noch mehr aber in den verschiedenen Körperempfindungen, Funktionsstörungen bahnbricht." (...)

115



### 8. August 1932 (Seite 255 f.)

#### *Das Ertragen des Alleinseins*

(...)

Alleinsein ist nur zu ertragen, wenn sie [*Patientin*] sich niemals ganz verlassen fühlt, daraus folgt, daß ein wirklich vollkommenes Alleinsein, wo man nicht einmal die Hoffnung hat, von der Außenwelt verstanden und geholfen zu werden, unerträglich ist. Was aber ist dieses Unerträglichsein? Wohl nichts anderes als eine Fortexistenz unter Entstellung der Realität der inneren (psychischen) oder der äußeren.

Die Assoziationen der Patientin führten sehr bald auch zu einer Phantasie, in der sie ihren Vater wispern hört: "Du wirst meinen nackten Körper stets fühlen, aber nie sehen."

Sie hat halbdunkle Erinnerungen an die Frühinfanzialzeit, wo sie ihren Vater beim Baden und sonstwo oft nackt gesehen hat. Soweit ihre klaren Erinnerungen zurückreichen, war ihr Vater stets ungeheuer schamhaft ihr gegenüber – bis er ihr vor etwa 4 Jahren



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

urplötzlich einen Liebesantrag machte. Sein Benehmen damals ist eine starke Stütze unserer Annahme von der Realität der Vergewaltigungsphantasien.

Was sie nun von mir erwartet, ist 1) Glaube an die Realität des Vorfalles, 2) Beruhigung darüber, daß ich sie für unschuldig halte, 3) unschuldig sogar, wenn es sich herausstellte, daß sie beim Angriff ungeheure Befriedigung hatte und ihrem Vater Bewunderung zollte. 4) Die Sicherheit, daß ich mich nicht zu einer ähnlichen Leidenschaft hinreißen lasse.

Das traumatische Alleinsein, das Verbot und der Verbotswille des Vaters, die Taubheit und Blindheit der Mutter, das erst macht den Angriff traumatisch, d. h. seelenzerklüftend. Das alleinbleibende Wesen muß sich selber helfen und zu diesem Zwecke sich in einen Helfenden und einen Geholfenen spalten. Erst wenn, nach gewonnenem Vertrauen, diese Selbsthilfe, Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle (alles Feinde der freien Assoziation) aufgegeben wird, (...) dann können die seinerzeitigen Zustände beim vollen Alleinsein nach dem Trauma durchgeföhlt werden.

Patientin B. kam selber zur Idee, daß die vollkommene Spaltung im Vater (Epilepsie, Betrunkensein) eine ähnliche in ihr selber hervorgerufen hat: Dr. Jekyll und Mr. Hyde.<sup>193</sup> Das Flüstern jener Worte ist der akustisch formulierte Eindruck des Willens des Vaters, möglicherweise Gedankenübertragung (...). (...)

116



### 14. August 1932 (266 f.)

#### *Trauma und Persönlichkeitsspaltung; Zerreißung von Föhlen und Intelligenz*

(...) All das<sup>194</sup> war für sie unerträglich und doch mußte es ertragen werden; es wurde ihr aufgedrängt. Die Unerträglichkeit einer Situation föhrt zu einem schlafähnlichen Geisteszustand, in die Möglichkeit traumhaft verändert, negativ und positiv halluzinatorisch entstellt werden kann. Die Idee von der Ekelhaftigkeit der Situation und des Geföhls produziert den Traum: es ist nichts, ich habe nur etwas unangenehmes gegessen; ich erbreche es und werde befreit davon, oder: "jemand wird kommen und

---

<sup>193</sup> 'Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde' ('Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde') ist eine Novelle Robert Louis STEVENSONS aus dem Jahr 1886. Sie ist eine der berühmtesten Ausformungen des Doppelgängermotivs in der Weltliteratur und wurde in der Anfangszeit der therapeutischen Bemöhungen um traumatische Dissoziation nicht selten als Metapher für multiple Persönlichkeiten verstanden.

<sup>194</sup> Beobachtung des elterlichen Geschlechtsverkehrs



## Das klinische Tagebuch von 1932

---

wird mir etwas besseres zu essen geben". Dauert aber die Unlust an, ohne daß Hilfe kommt, so regrediert man in noch weitere Fernen zurück: "ich bin so gräßlich allein, natürlich, ich bin ja noch gar nicht geboren, ich schwebe im Mutterleib."

Ist es aber einmal gelungen, sich mit Hilfe solchen Wachtraums von psychischer Unlust befreit zu haben, so ist eine schwache Stelle für die ganze Zukunft statuiert, zu der das Ich (die Gefühle) leicht regredieren, sobald etwas Unlustvolles passiert. (···)

Die Shockwirkung bei unserer Patientin geht aber noch tiefer. Ihr ganzes Gefühlsleben flüchtete sich in die Regression, sodaß sie jetzt überhaupt keine Emotion mehr zu Ende fühlte, es ist eigentlich nie sie, der die Dinge passieren, sie identifiziert sich nur mit anderen Personen. Während also ihr Gefühlsleben in der Unbewußtheit verschwindet, zu reinem Körpergefühl regrediert, macht die von allen Gefühlen befreite Intelligenz eine kolossale, aber – wie gesagt – vollkommen gefühlslose Progression, im Sinne einer Anpassungsleistung mittelst Identifikation mit den Objekten des Schreckens. Die Patientin wurde furchtbar intelligent; anstatt Mutter oder Vater zu hassen, dachte sie sich so eindringlich in die seelischen Mechanismen, Motive, ja Gefühle (auch in letztere mit Hilfe des Wissens) ein, daß sie – da sie ja selber als Gefühlsmensch zu existieren aufhörte – die bisher unerträgliche Situation klar erfassen konnte. Sie wurde durch das Trauma gefühlsmäßig embryonal, zugleich aber intellektuell weise, wie ein ganz objektiv und gefühllos verstehender Philosoph.

117

Das Neue an diesem ganzen Prozeß ist, daß es nebst der Flucht von der Realität in regressivem Sinne, auch eine Flucht ins progressive, ein plötzliches Intelligentwerden, ja Clairvoyance gibt, also eine progressive Flucht, ein plötzliches Aufblühen virtuell vorgezeichneter, aber bisher nicht funktionell gebrauchter Entwicklungsmöglichkeiten; sozusagen ein plötzliches Altwerden (zugleich mit dem Embryonalwerden der Gefühle). Man könnte also meinen, daß beim Shock die Gefühle von den Vorstellungen und Denkprozessen gerissen, tief ins Unbewußte, ja ins unbewußt Körperliche versteckt werden, während die Intelligenz selbst die eben beschriebene Progressionsflucht durchmacht. Schreck war die Macht, die die Gefühle und Gedanken auseinander riß; derselbe Schreck ist aber immer noch am Werke, er ist es, der die auseinandergerissenen Seeleninhalte immer noch getrennt hält. Gelingt es, durch Überrumpelung, oder mit Hilfe der freien Assoziation, die Angst für einen Moment auszuschalten, so kommt es bei der plötzlichen Berührung der bisher getrennten Seelenteile, zu einer lauten Explosion: Konvulsionen, sensible, sensorische und motorische Körpersymptome, manischer Wutausbruch, schließlich meist unaufhaltsames Lachen, als Ausdruck, und beherrschbare Gemütsbewegung; schließlich nach voller Erschöpfung, relative Beruhigung, gleichsam ein Erwachen aus einem bösen

## Das klinische Tagebuch von 1932

---

Traume. Aber es war wieder nur ein Traum, ohne jede anhaltende Überzeugung von der Realität des Vorgefallenen. Anstatt zur Erinnerung führte also der Wiederholungsversuch nur zu einer hysterischen Attacke mit nachfolgender Gefühlsamnesie.

Was kann da Wandlung schaffen? Einzig und allein das Vertrauen zur Güte und zum Verständnis des Analytikers. Dieser muß imstande sein, alle seine negativen Gefühlsregungen zu bekennen und dadurch den Patienten vom Gefühle seiner Hypokrisie befreien. Nebst dem muß aber der Patient auch die wirkliche Güte des Analytikers zu fühlen bekommen. Diese Sympathie ermöglicht es, daß Patienten ihre Leiden mit uns teilen und dadurch sich davon zu einem Teile befreit fühlen. Unter solchen Umständen kann die Güte und die Energie des Analytikers die Explosion bei der Berührung von Gefühl und Gedankenwelt vermeiden lassen, und an Stelle der Wiederholungen endlich die Erinnerung treten lassen.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

### Zum Text

FERENCZIS Vortrag von 1932, sein letzter, ist eine inhaltlich konzise, in der Form taktisch elegante Zusammenfassung seiner in den Jahren zuvor entstandenen theoretischen und technischen Überlegungen und analytisch-therapeutischen Erfahrungen zum Thema Psychotrauma. Obwohl er sich mit krassen Schilderungen zurückhält, geht er inhaltlich keinen Kompromiß mehr ein mit der psychoanalytischen Orthodoxie. Er berichtet von "fast halluzinatorischen Wiederholungen traumatischer Erlebnisse, die sich in meiner Praxis zu häufen begannen". Entgegen dem psychoanalytischen Konsens nimmt FERENCZI solche KlientInnen ernst: "Vor allem wurde meine (...) Vermutung, daß das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krankmachendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden kann, von neuem bestätigt." – Das ist ein Paukenschlag!

119

Erstmals in der damaligen psychoanalytischen Gemeinschaft formuliert sein Vortrag öffentlich bis heute relevante grundlegende Probleme und (trauma-)therapeutische Perspektiven: Schädlichkeit von vorzeitigen Abreaktionen, – traumatische Übertragung, – Introjektion des Angreifers<sup>195</sup>, – Täter-Opfer-Umkehr, – Introjektion des Schuldgefühls, – therapeutische Realbeziehung und korrigierende Beziehungserfahrung statt Abstinenz und Deutung, – therapeutische Regression, – Wahrhaftigkeit des Therapeuten, – ich-strukturelle Schwäche, – widersprüchliche Doppelbindungen, – Parentifizierung des Kindes, – Abspaltungen von traumabezogenen Teilpersönlichkeiten.

Im Gegensatz zum referierten Inhalt scheint der letztlich gewählte Titel des Vortrags inzestuös-sexuelle Gewalt an Kindern vorrangig als *Mißverständnis* zwischen Kind und Erwachsenem zu interpretieren; dies war möglicherweise ein Kompromiß eines Machtkampfes

---

<sup>195</sup> Die Erstbeschreibung dieses Abwehrmechanismus (als "Identifikation mit dem Aggressor") wird gemeinhin ANNA FREUD zugeschrieben (*Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Wien 1936). FERENCZI prägte den Begriff "Introjektion" jedoch bereits in seinen Arbeiten *Introjektion und Übertragung*' (1909, in: *Schriften zur Psychoanalyse I*, a.a.O., Seite 12-47) und *Zur Begriffsbestimmung der Introjektion*' (1912, a.a.O., Seite 100-102). – Demgegenüber ein anschaulicher Zufallsfund: Noch im Jahr 2000 erklärt der Psychoanalytiker Erwin BARTOSCH apodiktisch, die Begriffe *Introjektion/Introjekt* fänden "in der Theorie der neuen Psychoanalyse keinen Platz mehr. Im Sprechen des Patienten sind sie als verdinglichender Ausdruck einer inneren Erfahrung zu verstehen. (...) Die Frage, wie diese Erfahrungen 'gespeichert' werden, ist keine psychoanalytische Fragestellung. (...)" (in: STUMM/PRITZ: *Wörterbuch der Psychotherapie*, Wien 2000, Lizenzausgabe Zweitausendeins: Seite 331f.) BARTOSCH spricht nicht für "die" aktuelle Psychoanalyse. Dort kommt heutzutage das *traumatische Introjekt* vor (das gegebenenfalls assimiliert wird qua *Identifikation*, ähnlich wie unter besseren Lebensumständen nichtdestruktive/ kindgemäße Objektaspekte); vgl. bei Mathias HIRSCH (a.a.O., Seite 46).



## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

im Vorfeld.<sup>196</sup> (Der vom Autor ursprünglich intendierte Titel war *'Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluß auf Charakter- und Sexualentwicklung der Kinder'*) Jeffrey MASSON belegt, daß mehrere Psychoanalytiker (einschließlich Sigmund FREUD) massiven Druck auf FERENCZI ausgeübt hatten, diesen Vortrag nicht zu halten. So schrieb FREUD dem damaligen Präsidenten der Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft Max EITINGON: "Diesen Vortrag darf er nicht halten, entweder einen anderen oder keinen." Jedoch konnten sich die Herren zu einem regelrechten Verbot gegenüber FERENCZI, dem eigentlichen Gründer der IPG, nicht durchringen.<sup>197</sup>

Neben behandlungstechnischen Vorschlägen enthält FERENCZIS Vortrag unmißverständliche und durchaus unhöfliche Kritik an Gepflogenheiten der damaligen psychoanalytischen Praxis. Auch dieser Aspekt dürfte beigetragen haben zur langjährigen Ausgrenzung des im folgenden Jahr Gestorbenen aus dem psychoanalytischen Fachdiskurs. Was die psychoanalytische Szene über zwei Generationen nicht daran hinderte, eine Vielzahl von Ideen, Hypothesen und Anregungen FERENCZIS aufzunehmen und weiterzuführen – oft ohne Hinweis auf diesen.

---

<sup>196</sup> Tatsächlich klopft die Psychoanalytikerin Judith DUPONT noch 1972 in ihrer Einleitung zur maßgeblichen Veröffentlichung des Vortrags genau diese Interpretation fest; gleich zweimal erscheint der Begriff "Mißverständnisse" für das, was wir heute sexuelle Gewalt nennen. (*Schriften zur Psychoanalyse II*, a.a.O., Seite XX/XXI)

<sup>197</sup> Jeffrey MASSON: a.a.O.



## Sándor Ferenczi: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind <sup>198</sup>

Es war ein Irrtum, das allzu umfangreiche Thema der Exogenität in der Charakter- und Neurosenformierung in einen Kongreßvortrag zwingen zu wollen.

Ich begnüge mich also mit einem kurzen Ausschnitt aus dem, was ich hierüber zu sagen hätte. Es ist vielleicht zweckmäßig, wenn ich Ihnen zunächst mitteile, wie ich zu der im Titel angedeuteten Problemstellung gekommen bin. In dem Vortrag, den ich zum 75. Geburtstag Professor FREUDS in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung gehalten habe, berichtete ich über eine Regression in der Technik, zum Teil auch in der Theorie der Neurosen, zu der mich gewisse Mißerfolge oder unvollständige Erfolge gezwungen haben; ich meine die neuerliche stärkere Betonung des traumatischen Moments in der Pathogenese der Neurosen, die in letzterer Zeit unverdient vernachlässigt wurde.<sup>199</sup> Die nicht genügend tiefe Erforschung des exogenen Moments führt die Gefahr mit sich, daß man vorzeitig zu Erklärungen mittels Disposition und Konstitution greift. Die – ich möchte sagen – imposanten Erscheinungen, die fast halluzinatorischen Wiederholungen traumatischer Erlebnisse, die sich in meiner Praxis zu häufen begannen, berechtigten mich zur Hoffnung, daß durch solches Abreagieren große Quantitäten verdrängter Affekte sich Geltung im bewußten Gefühlsleben verschaffen und der Symptombildung, insbesondere da der Überbau der Affekte durch die analytische Arbeit genügend gelockert war, bald ein Ende bereiten werden. Diese Hoffnung hat sich leider nur sehr unvollkommen erfüllt, und einige der Fälle brachten mich gar in große Verlegenheit. Die Wiederholung, zu der die Analyse die Patienten ermutigte, war *zu gut* gelungen. Allerdings war merkliche Besserung einzelner Symptome zu verzeichnen. Aber statt dessen begannen diese Patienten an nächtlichen

121

---

<sup>198</sup> Vorgetragen beim XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Wiesbaden (September 1932). Der ursprüngliche Titel des angekündigten Vortrags war: *'Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluß auf Charakter- und Sexualentwicklung der Kinder.'* Erstveröffentlicht in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse (Herausgegeben von Sigmund FREUD) XIX. Band 1933, Heft 1/2, Seite 5-15; hier nach: Sándor FERENCZI: *'Schriften zur Psychoanalyse II'* (a.a.O., Seite 303-313). Der Vortrag erschien auch in der Zeitschrift Psyche 21, 1967, Seite 256-265 sowie in der Zeitschrift Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (AKJP) 156 (Zürich 2012). Siehe zudem Johannes CREMERIUS: *'Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. Reflexionen zu Sándor Ferenczis Wiesbadener Vortrag von 1932'*, in: Psyche, 37, 1983, Seite 988-1015.

<sup>199</sup> Gemeint ist der hier an anderer Stelle dokumentierte Vortrag *'Kinderanalysen mit Erwachsenen'*.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Angstzuständen, meistens sogar an schweren Alpträumen zu leiden und die Analysenstunde entartete immer und immer wieder zu einem angsthysterischen Anfall, und obzwar wir die oft gefahrdrohend scheinende Symptomatik dieser einer gewissenhaften Analyse unterzogen, was den Patienten anscheinend überzeugte und beruhigte: der erwartete Dauererfolg blieb aus und der nächste Morgen brachte dieselben Klagen über die schreckliche Nacht und die Analysenstunde wieder einmal die Wiederholung des Traumas. In dieser Verlegenheit begnügte ich mich eine ziemliche Weile in üblicher Weise mit der Auskunft, der Patient habe zu große Widerstände oder leide an Verdrängungen, deren Entladung und Bewußtmachung nur in Etappen erfolgen könne. Da sich aber auch nach längerer Zeit keine wesentliche Änderung einstellte, mußte ich wieder einmal die Selbstkritik walten lassen. Ich begann hinzuhorchen, wenn die Patienten mich in ihren Attacken gefühllos, kalt, ja roh und grausam nannten, wenn sie mir Selbstsucht, Herzlosigkeit, Eingebildetheit vorwarfen, wenn sie mich anschrien: "Helfen Sie mir doch! Rasch! Lassen Sie mich nicht hilflos zugrundegehen!" und begann mein Gewissen zu prüfen, ob trotz bewußten guten Willens nicht etwas Wahrheit in diesen Anklagen steckte. Nebenbei gesagt, kamen solche Ärger- und Wutausbrüche nur in Ausnahmefällen; sehr oft endete die Stunde mit auffälliger, fast hilfloser Gefügigkeit und Willigkeit, unsere Deutungen anzunehmen. Die Flüchtigkeit dieses Eindrucks ließ mich aber ahnen, daß auch diese Gefügigen insgeheim Haß- und Wutregungen empfanden, und ich begann sie anzuspornen, mir gegenüber von jeder Schonung abzusehen. Auch diese Aufmunterung hatte wenig Erfolg; die meisten refüsierten energisch meine Zumutung, obzwar sie durch das analytische Material genügend gestützt war.

Allmählich kam ich dann zur Überzeugung, daß die Patienten ein überaus verfeinertes Gefühl für die Wünsche, Tendenzen, Launen, Sym- und Antipathien des Analytikers haben, mag dieses Gefühl auch dem Analytiker selbst ganz unbewußt sein. Anstatt dem Analytiker zu widersprechen, ihn gewisser Verfehlungen oder Mißgriffe zu zeihen, *identifizieren sie sich mit ihm*; nur in gewissen Ausnahmefällen der hysteroiden Erregung, d. h. im beinahe bewußtlosen Zustande, raffen sie sich zu Protesten auf, für gewöhnlich erlauben sie sich keine Kritik an uns, ja solche Kritik fällt ihnen nicht einmal ein, es sei denn, wir geben ihnen spezielle Erlaubnis dazu, ja muntern sie zu solcher Kritik direkt auf. Wir müssen also aus den Assoziationen der Kranken nicht nur unlustvolle Dinge aus der Vergangenheit erraten, sondern, mehr als bisher, verdrängte oder unterdrückte Kritik an uns.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Da aber stoßen wir auf nicht geringe Widerstände, diesmal Widerstände in uns und nicht im Patienten. Vor allem müssen wir gar zu gut und "bis zum Grund" analysiert sein, alle unsere unliebsamen äußeren und inneren Charakterzüge kennen, damit wir so ziemlich auf alles gefaßt sind, was an verstecktem Haß und Geringschätzung in den Assoziationen der Patienten enthalten ist.

Das führt zum Seitenproblem des Analysiertseins des Analytikers, das mehr und mehr an Wichtigkeit gewinnt. Vergessen wir nicht, daß die tiefgreifende Analyse einer Neurose meist viele Jahre in Anspruch nimmt, während die üblichen Lehranalysen oft nur Monate oder ein bis anderthalb Jahre dauern. Das mag zur unmöglichen Situation führen, daß unsere Patienten allmählich besser analysiert sind als wir selber. Das heißt, sie zeigen Ansätze solcher Überlegenheit, sind aber unfähig, solche zu äußern, ja sie verfallen oft in extreme Unterwürfigkeit, offenbar infolge der Unfähigkeit oder der Angst, durch ihre Kritik Mißfallen in uns zu erregen.

Ein großer Teil der verdrängten Kritik unserer Patienten betrifft das, was die *Hypokrisie der Berufstätigkeit* genannt werden könnte. Wir begrüßen den Patienten, wenn er unser Zimmer betritt, höflich, fordern ihn auf, mit den Assoziationen zu beginnen und versprechen ihm damit, aufmerksam hinzuhorchen, unser ganzes Interesse seinem Wohlergehen und der Aufklärungsarbeit zu widmen. In Wirklichkeit aber mögen uns gewisse äußere oder innere Züge des Patienten schwer erträglich sein. Oder wir fühlen uns vielleicht durch die Arbeitsstunde in einer für uns wichtigeren beruflichen oder einer persönlichen, inneren Angelegenheit unliebsam gestört. Auch da sehe ich keinen anderen Ausweg als den, die Ursache der Störung in uns selber zu erraten und sie vor dem Patienten zur Sprache zu bringen, sie vielleicht nicht nur als Möglichkeit, sondern auch als Tatsache zu bekennen.

Merkwürdig ist nun, daß solcher Verzicht auf die bisher unvermeidlich geglaubte "berufliche Hypokrisie", anstatt den Patienten zu verletzen, merkliche Erleichterung zur Folge hat. Die traumatisch-hysterische Attacke, wenn sie überhaupt kam, wurde viel milder, tragische Vorkommnisse der Vergangenheit konnten auf einmal in *Gedanken* reproduziert werden, ohne daß die Reproduktion wieder einmal zum Verlust des seelischen Gleichgewichts geführt hätte; ja das ganze Niveau der Persönlichkeit des Patienten schien sich zu heben.

Was hat diese Sachlage herbeigeführt? Es bestand in der Beziehung zwischen Arzt und Patienten etwas Unausgesprochenes, Unaufrichtiges, und die Aussprache darüber löste sozusagen die Zunge des Kranken; das Einbekennen eines Irrtums des Analytikers brachte ihm das Vertrauen des Patienten ein. Das sieht beinahe so aus, als wäre es von

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Vorteil, gelegentlich Irrtümer zu begehen, um sie dann dem Patienten bekennen zu können, doch ist dieser Rat gewiß überflüssig; wir begehen Irrtümer ohnedies genug, und eine höchst intelligente Patientin empörte sich darüber mit Recht, indem sie mir sagte: "Noch besser wäre es gewesen, wenn Sie Irrtümer überhaupt vermieden hätten. Ihr Ehrgeiz, Herr Doktor, will sogar aus den Verfehlungen Nutzen ziehen."

Das Finden und Lösen dieses rein technischen Problems verschaffte mir den Zugang zu einem bisher versteckten oder wenig beachteten Material. Die analytische Situation: die reservierte Kühle, die berufliche Hypokrisie und die dahinter versteckte Antipathie gegen den Patienten, die dieser in allen Gliedern fühlte, war nicht wesentlich verschieden von jener Sachlage, die seinerzeit – ich meine in der Kindheit – krankmachend wirkte. Indem wir bei diesem Stande der analytischen Situation dem Patienten auch noch die Traumareproduktion nahelegten, schufen wir eine unerträgliche Sachlage; kein Wunder, daß sie nicht andere und bessere Folgen haben konnte als das Urtrauma selbst. Die Freimachung der Kritik, die Fähigkeit, eigene Fehler einzusehen und zu unterlassen, bringt uns aber das Vertrauen der Patienten. *Dieses Vertrauen ist jenes gewisse Etwas, das den Kontrast zwischen der Gegenwart und der unleidlichen, traumatogenen Vergangenheit statuiert*, den Kontrast also, der unerlässlich ist, damit man die Vergangenheit nicht mehr als halluzinatorische Reproduktion, sondern als objektive Erinnerung aufleben lassen kann. Die versteckte Kritik meiner Patienten z. B. entdeckte mit Scharfblick die aggressiven Züge meiner "aktiven Therapie", die berufliche Hypokrisie in der Forcierung der Relaxation und lehrte mich, Übertreibungen in beiden Hinsichten zu erkennen und zu beherrschen. Nicht minder dankbar bin ich aber auch jenen Patienten, die mich lehrten, daß wir viel zu sehr geneigt sind, auf gewissen theoretischen Konstruktionen zu beharren und Tatsachen oft unbeachtet zu lassen, die unsere Selbstsicherheit und Autorität lockern würden. Jedenfalls lernte ich, was die Ursache der Unfähigkeit war, die hysterischen Ausbrüche zu beeinflussen und was dann den schließlichen Erfolg ermöglichte. Es erging mir wie jener geistvollen Dame, deren nervenranke Freundin durch kein Rütteln und Anschreien aus ihrem narkoleptischen Zustand zu erwecken war. Plötzlich kam sie auf die Idee, ihr in kindisch-schelmischer Sprechweise zuzurufen: "Roll dich, roll dich, Baby", worauf die Kranke alles zu tun begann, was man von ihr verlangte. Wir sprechen in der Analyse viel von Regression ins Kindische, glauben aber offenbar selber nicht, wie sehr wir damit im Recht sind; wir sprechen viel von Spaltung der Persönlichkeit, scheinen aber nicht genügend die Tiefe dieser Spaltung zu würdigen. Behalten wir unsere pädagogisch-kühle Einstellung auch einem

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

opisthotonischen<sup>200</sup> Patienten gegenüber, so zerreißen wir damit den letzten Faden der Verbindung mit ihm. Der ohnmächtige Patient ist eben in seiner Trance *wirklich* ein Kind, das auf intelligente Aufklärung nicht mehr, höchstens auf mütterliche Freundlichkeit reagiert; ohne diese fühlt er sich in höchster Not allein und verlassen, also gerade in derselben unerträglichen Lage, die irgendwann zur psychischen Spaltung und schließlich zur Erkrankung führte; kein Wunder, daß er auch nun nichts anderes tun kann als bei der Erkrankung selbst, d. h. die Symptombildung durch Erschütterung zu wiederholen.

Ich darf hier nicht verschweigen, daß die Patienten auf theadralische Mitleidsphrasen nicht reagieren, nur auf wirkliche Sympathie. Ob sie das am Klang unserer Stimme, an der Auswahl unserer Worte oder auf andere Art erkennen, weiß ich nicht. Jedenfalls verraten sie ein merkwürdiges, fast clairvoyantes Wissen um Gedanken und Emotionen, die im Analytiker vorgehen. Eine Täuschung des Kranken scheint hier kaum möglich, und wenn sie versucht wird, hat sie nur böse Folgen.

Lassen Sie mich nun von einigen Einsichten berichten, zu denen mir dieses intimere Verhältnis mit den Patienten verhalf.

Vor allem wurde meine schon vorher mitgeteilte Vermutung, daß das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krankmachendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden kann, von neuem bestätigt. Auch Kinder angesehener, von puritanischem Geist beselter Familien fallen viel öfter, als man es zu ahnen wagte, wirklichen Vergewaltigungen zum Opfer. Entweder sind es die Eltern selbst, die für ihre Unbefriedigtheit auf diese pathologische Art Ersatz suchen, oder aber Vertrauenspersonen, wie Verwandte (Onkel, Tanten, Großeltern), Hauslehrer, Dienstpersonal, die Unwissenheit und Unschuld der Kinder mißbrauchen. Der naheliegende Einwand, es handle sich um Sexualfantasien des Kindes, also um hysterische Lügen, wird leider entkräftet durch die Unzahl von Bekenntnissen dieser Art, von Sichvergehen an Kindern, seitens Patienten, die sich in Analyse befinden. Ich war also nicht mehr überrascht, als vor kurzem ein von philanthropischem Geiste beselter Pädagoge mich in heller Verzweiflung aufsuchte und mir mitteilte, daß er nunmehr in der fünften Familie aus den höheren Kreisen die Entdeckung machen mußte, daß die Gouvernanten mit neun- bis elfjährigen Knaben ein regelrechtes Eheleben führen.

---

<sup>200</sup> Der Opisthotonus ist ein Krampf vor allem der Streckmuskulatur des Rückens. Er führt zu einer starken Rückwärtsneigung des Kopfes und zur Überstreckung von Rumpf und Extremitäten. Wurde von Jean Martin CHARCOT als Symptom der "Hysterie" beschrieben (Arc de cercle) und gilt offenbar bis heute als Symptom einiger neurologischer Erkrankungen.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Eine typische Art, wie inzestuöse Verführungen zustande kommen, ist die folgende: Ein Erwachsener und ein Kind lieben einander; das Kind hat die spielerische Phantasie, mit dem Erwachsenen die Mutterrolle zu spielen. Dieses Spiel mag auch erotische Formen annehmen, bleibt aber nach wie vor auf dem Zärtlichkeitsniveau. Nicht so bei pathologisch veranlagten Erwachsenen, besonders wenn sie durch sonstiges Unglück oder durch den Genuß betäubender Mittel in ihrem Gleichgewicht und ihrer Selbstkontrolle gestört sind. Sie verwechseln die Spielereien der Kinder mit den Wünschen einer sexuell reifen Person oder lassen sich, ohne Rücksicht auf die Folgen, zu Sexualakten hinreißen. Tatsächliche Vergewaltigungen von Mädchen, die kaum dem Säuglingsalter entwachsen sind, ähnliche Sexualakte erwachsener Frauen mit Knaben, aber auch forcierte Sexualakte homosexuellen Charakters gehören zur Tagesordnung.

Schwer zu erraten ist das Benehmen und das Fühlen von Kindern nach solcher Gewalttätigkeit. Ihr erster Impuls wäre: Ablehnung, Haß, Ekel, kraftvolle Abwehr. "Nein, nein, das will ich nicht, das ist mir zu stark, das tut mir weh. Laß mich", dies oder ähnliches wäre die unmittelbare Reaktion, wäre sie nicht durch eine ungeheure Angst paralytisch. Die Kinder fühlen sich körperlich und moralisch hilflos, ihre Persönlichkeit ist noch zu wenig konsolidiert, um auch nur in Gedanken protestieren zu können, die überwältigende Kraft und Autorität des Erwachsenen macht sie stumm, ja beraubt sie oft der Sinne. *Doch dieselbe Angst, wenn sie einen Höhepunkt erreicht, zwingt sie automatisch, sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer voll auf zu identifizieren.* Durch die Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extra; das Intrapsychische aber unterliegt in einem traumhaften Zustand, wie die traumatische Trance einer ist, dem Primärvorgang, d. h. es kann, entsprechend dem Lustprinzip, gemodelt, positiv- und negativ-halluzinatorisch verwandelt werden. Jedenfalls hört der Angriff als starre äußere Realität zu existieren auf, und in der traumatischen Trance gelingt es dem Kind, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechtzuerhalten.

Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist *die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen*, das ein bisher harmloses Spiel als strafwürdige Handlung erscheinen läßt.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Erholt sich das Kind nach solcher Attacke, so fühlt es sich ungeheuer konfus, eigentlich schon gespalten, schuldlos und schuldig zugleich, ja mit gebrochenem Vertrauen zur Aussage der eigenen Sinne. Dazu kommt das barsche Benehmen des nun von Gewissenspein noch mehr geplagten und verärgerten erwachsenen Partners, das das Kind noch tiefer schuldbewußt und beschämt macht. Fast immer benimmt sich der Täter, als ob nichts geschehen wäre, auch beruhigt er sich mit der Idee: "Ach, es ist ja nur ein Kind, es weiß noch nichts, es wird alles wieder vergessen." Nicht selten wird der Verführer nach solchem Geschehnis übermoralisch oder religiös und trachtet, auch das Seelenheil des Kindes mittels solcher Strenge zu retten.

Gewöhnlich ist auch das Verhältnis zu einer zweiten Vertrauensperson, in dem gewählten Beispiel zur Mutter, nicht intim genug, um bei ihr Hilfe zu finden; kraftlose Versuche solcher Art werden von ihr als Unsinn zurückgewiesen. Das mißbrauchte Kind wird zu einem mechanisch-gehorsamen Wesen oder es wird trotzig, kann aber über die Ursache des Trotzes auch sich selber keine Rechenschaft mehr geben; sein Sexualleben bleibt unentwickelt oder nimmt perverse Formen an; von Neurosen und Psychosen, die da folgen können, will ich hier schweigen.<sup>201</sup> Das wissenschaftlich Bedeutsame an dieser Beobachtung ist die Vermutung, daß *die noch zu schwach entwickelte Persönlichkeit auf plötzliche Unlust anstatt mit Abwehr, mit ängstlicher Identifizierung und Introjektion des Bedrohenden oder Angreifenden antwortet*. Nun erst verstehe ich, warum es die Patienten so hartnäckig ablehnten, mir zu folgen, wenn ich ihnen nahelegte, auf erlittene Unbill, wie ich es erwartet hätte, mit Unlust, etwa mit Haß und Abwehr, zu reagieren. Ein Teil ihrer Persönlichkeit, ja der Kern derselben, ist irgendwann auf einem Niveau steckengelieben, auf dem man noch der *alloplastischen* Reaktionsweise unfähig ist und man *autoplastisch*, gleichsam mit einer Art Mimikry, reagiert. Wir gelangen so zu einer Persönlichkeitsform, die nur aus Es und Über-Ich besteht, der also die Fähigkeit, sich selbst auch in der Unlust zu behaupten, noch abgeht, gleichwie für das nicht ganz entwickelte Kind das Alleinsein, ohne mütterlichen und sonstigen Schutz und ohne ein erhebliches Quantum von Zärtlichkeit, unerträglich ist. Wir müssen da auf Gedankengänge zurückgreifen, die FREUD vor langer Zeit entwickelt hat, wies er doch damals schon darauf hin, daß der Fähigkeit zur Objektliebe ein Stadium der Identifizierung vorausgeht.

127

---

<sup>201</sup> FERENCZI überschreitet den Rahmen des damaligen psychoanalytischen Konsens mit seinem Vortrag nur behutsam, punktuell und implizit. Eine ausführlichere Profilierung seiner Erfahrungen und Hypothesen zur dissoziativen Symptomatik, die in den *Fragmenten und Notizen* sowie im *Klinischen Tagebuch* (siehe hier zuvor dokumentiert) erstmalig skizziert sind, hätte diesen Konsens wohl unrettbar aufkündigen müssen.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Ich möchte dieses Stadium als das der passiven Objektliebe oder der Zärtlichkeit bezeichnen. Spuren der Objektliebe zeigen sich auch hier schon, aber nur als Phantasien, in spielerischer Art. So spielen denn die Kinder auch, fast ausnahmslos, mit der Idee, die Stelle des gleichgeschlechtlichen Elternteils einzunehmen, um das Ehegemahl des gegengeschlechtlichen zu werden. Doch wohlgemerkt, bloß in der Phantasie; in der Realität möchten sie, ja können sie die Zärtlichkeit, insbesondere der Mutter, nicht missen. Wird Kindern in der Zärtlichkeitsphase *mehr Liebe* aufgezwungen oder Liebe anderer Art, als sie sich wünschen, so mag das ebenso pathogene Folgen nach sich ziehen, wie die bisher fast immer herangezogene *Liebesversagung*. Es würde zu weit führen, hier auf all die Neurosen und alle charakterologischen Folgen hinzuweisen, die die vorzeitige Aufpfropfung leidenschaftlicher und mit Schuldgefühlen gespickter Arten des Liebens auf ein noch unreifes, schuldloses Wesen nach sich zieht. Die Folge kann nur jene Sprachverwirrung sein, auf die ich im Titel dieses Vortrages anspiele.<sup>202</sup>

Die Eltern und Erwachsenen müßten, gleichwie wir Analytiker in der Analyse, zu ertragen lernen, daß hinter Unterwürfigkeit, ja Anbetung, sowie hinter der Übertragungsliebe unserer Kinder, Patienten und Schüler der sehnliche Wunsch steckt, die sie beengende Liebe loszuwerden. Verhilft man dem Kind, dem Patienten oder dem Schüler dazu, die Identifizierungsreaktion aufzugeben und die ihnen lästigen Übertragungen abzuwehren, so kann man sagen, daß es gelungen ist, seine Persönlichkeit auf ein höheres Niveau zu heben.<sup>203</sup>

Nur kurz möchte ich auf einige weitere Erkenntnisse hinweisen, zu denen diese Beobachtungsserie Zugang zu verschaffen verspricht. Es ist uns schon lange bekannt, daß nicht nur forcierte Liebe, sondern auch unerträgliche Strafmaßnahmen fixierend wirken. Das Verstehen dieser anscheinend sinnlosen Reaktion wird vielleicht durch das vorher Gesagte erleichtert. Die spielerischen Vergehungen des Kindes werden durch die leidenschaftlichen, oft wutschnaubenden Strafsanktionen erst zur Realität erhoben, mit all den depressiven Folgen für das bis dahin sich schuldlos fühlende Kind.

Die detailliertere Verfolgung der Vorgänge während der analytischen Trance lehrt uns auch, daß es keinen Schock, keinen Schreck gibt ohne Andeutungen einer Persönlichkeitsspaltung. Daß ein Teil der Person in die vortraumatische Seligkeit regrediert und das Trauma ungeschehen zu machen sucht, wird keinen Psychoanalytiker überraschen. Merkwürdiger ist es, daß man bei der Identifizierung

---

<sup>202</sup> Das Motiv einer "Sprachverwirrung" klingt bereits an in FERENCZIS Vortrag 'Die Anpassung der Familie an das Kind' (1928; in: 'Schriften zur Psychoanalyse II', a.a.O., Seite 212-226)

<sup>203</sup> Es gibt Überlegungen dahingehend, daß in solchen Hinweisen auch auf "Schüler" (wie sie sich mehrfach in diesem Zusammenhang bei ihm finden) FERENCZIS schwieriges Verhältnis zu Sigmund FREUD anklingt.

## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

einen zweiten Mechanismus am Werke sieht, von dessen Existenz ich wenigstens wenig wußte. Ich meine das plötzliche, überraschende, wie auf Zauberschlag erfolgende Aufblühen neuer Fähigkeiten nach Erschütterung. Man wird beinahe an die Zauberkünste der Fakire erinnert, die angeblich aus einem Samenkorn vor unseren Augen Stengel und Blüte emporwachsen lassen. Höchste Not, besonders Todesangst, scheint die Macht zu haben, latente Dispositionen, die, noch unbesetzt, in tiefer Ruhe auf das Heranreifen warteten, plötzlich zu erwecken und in Tätigkeit zu versetzen. Das sexuell angegriffene Kind kann die in ihm virtuell vorgebildeten zukünftigen Fähigkeiten, die zur Ehe, zur Mutterschaft, zum Vatersein gehören, und alle Empfindungen eines ausgereiften Menschen unter dem Druck der traumatischen Notwendigkeit plötzlich zur Entfaltung bringen. Man darf da getrost, im Gegensatz zur uns geläufigen Regression, von *traumatischer* (pathologischer) *Progression* oder *Frühreife* sprechen. Es liegt nahe, an das schnelle Reif- oder Süßwerden von Früchten zu denken, die der Schnabel eines Vogels verletzt hat, oder an die Frühreife wurmstichigen Obstes. Nicht nur emotionell, *auch intellektuell* kann der Schock einen Teil der Person plötzlich heranreifen lassen. Ich erinnere an den von mir vor so viel Jahren isolierten typischen "Traum von gelehrten Säugling"<sup>204</sup>, in dem ein Neugeborenes oder Wiegenkind plötzlich zu reden anfängt, ja die ganze Familie Weisheit lehrt. Die Angst vor den hemmungslosen, also gleichsam verrückten Erwachsenen macht das Kind sozusagen zum Psychiater, und um das zu werden und sich vor den Gefahren seitens Personen ohne Selbstkontrolle zu schützen, muß es sich mit ihnen zunächst vollkommen zu identifizieren wissen. Es ist sicher unglaublich, wieviel wir von unseren gelehrten Kindern, den Neurotikern, wirklich lernen können.

129

Häufen sich im Leben des heranwachsenden Menschen die Erschütterungen, so wächst die Zahl und die Varietät der Abspaltungen, und bald wird es einem recht schwer gemacht, den Kontakt mit den Fragmenten, die sich alle wie gesonderte Persönlichkeiten betragen, einander aber meist gar nicht kennen, ohne Konfusion aufrechtzuerhalten.<sup>205</sup> Schließlich mag es zu einem Zustand kommen, den man, das Bild von der *Fragmentierung* fortsetzend, getrost *Atomisierung* nennen kann, und es gehört recht viel Optimismus dazu, den Mut auch diesem Zustandsbild gegenüber nicht sinken zu lassen; doch ich hoffe, daß sich auch noch hier Wege des Zusammenhangs finden werden. – Nebst leidenschaftlicher Liebe und leidenschaftlichem Strafen gibt es auch ein drittes Mittel, ein Kind an sich zu binden, und das ist: der *Terrorismus des Leidens*. Kinder haben den Zwang, alle Art

---

<sup>204</sup> 'Der Traum vom gelehrten Säugling' (in: 'Schriften zur Psychoanalyse II', a.a.O., Seite 137). Siehe auch Alice MILLER: 'Das Drama des begabten Kindes' (Frankfurt/M. 1979; geänderte Um- und Fortschreibung: Frankfurt/M. 1997)

<sup>205</sup> Spätestens dieser Hinweis läßt keinen Zweifel mehr, daß sich unter FERENCZIS TraumapatientInnen Betroffene mit DIS befanden und er sich über deren grundsätzliche Persönlichkeitsstruktur im klaren war.



## Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

---

Unordnung in der Familie zu schlichten, sozusagen die Last aller anderen auf ihre zarten Schultern zu bürden; natürlich zu guter Letzt nicht aus reiner Selbstlosigkeit, sondern um die verlorene Ruhe und die dazugehörige Zärtlichkeit wieder genießen zu können. Eine ihre Leiden klagende Mutter kann sich aus dem Kind eine lebenslängliche Pflegerin, also eigentlich einen Mutterersatz schaffen, die Eigeninteressen des Kindes gar nicht berücksichtigend.<sup>206</sup>

Ich glaube nicht, daß – wenn sich all dies bewahrheitet – wir nicht bemüßigt sein werden, gewisse Kapitel der Sexual- und Genitaltheorie zu revidieren.<sup>207</sup> Die Perversionen zum Beispiel sind vielleicht nur auf dem Zärtlichkeitsniveau infantil, wo sie leidenschaftlich und schuldbewußt werden, zeugen sie vielleicht schon von exogener Gereiztheit sekundärer, neurotischer Übertreibung. Auch meine Genitaltheorie<sup>208</sup> hat diesen Unterschied der Zärtlichkeits- und Leidenschaftsphase nicht berücksichtigt. Wieviel vom Sodomasochismus in der Sexualität unserer Zeit kulturbedingt ist (das heißt nur vom introjizierten Schuldgefühl herrührt) und wieviel autochton und spontan als eigene Organisationsphase sich entwickelt, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Ich würde mich freuen, wenn Sie sich die Mühe nehmen wollten, das hier Mitgeteilte praktisch und gedanklich nachzuprüfen und insbesondere meinem Rat zu folgen, etwas mehr als bisher die eigenartige, sehr versteckte, doch sehr kritische Denk- und Sprechweise Ihrer Kinder, Patienten und Schüler zu beachten und ihnen sozusagen die Zungen zu lösen. Sie werden manches Lehrreiche zu hören bekommen.

130

---

<sup>206</sup> Vgl. die Arbeiten von René SPITZ, sowie von Masud M. KHAN: 'Das kumulative Trauma', in: 'Selbsterfahrung in der Therapie', München 1977, Seite 50-70

<sup>207</sup> Hier und auch im Nachtrag für die Druckausgabe leitet FERENCZI über zu damals virulenten Diskussionen der psychoanalytischen Forschung.

<sup>208</sup> 'Versuch einer Genitaltheorie' (1924), in: 'Schriften zur Psychoanalyse II' (a.a.O., Seite 317-400)

### Nachtrag<sup>209</sup>

Dieser Gedankengang weist nur deskriptiv auf das Zärtliche der kindlichen Erotik und das Leidenschaftliche in der Erotik der Erwachsenen hin, läßt aber die Frage nach dem Wesen des Unterschiedes zwischen beiden offen. Die Psychoanalyse kann der Cartesianischen Idee, daß Leidenschaften durch Leiden verursacht werden, beipflichten, wird aber vielleicht auch eine Antwort auf die Frage finden, was es sei, das in die spielerische Zärtlichkeitsbefriedigung das Element des Leidens und damit den Sadomasochismus einführt. Die obigen Ausführungen lassen es ahnen, daß es unter anderem das *Schuldgefühl* ist, das in der Erotik des Erwachsenen das Liebesobjekt zum Gegenstand liebender *und* hassender, also *ambivalenter* Gefühlsregungen macht, während der kindlichen Zärtlichkeit diese Zwiespältigkeit noch abgeht. Haß ist es, was das Kind beim Geliebtwerden von einem Erwachsenen traumatisch überrascht und erschreckt, und es aus einem spontan und harmlos spielenden Wesen zu einem den Erwachsenen ängstlich, sozusagen selbstvergessen imitierenden, schuldbewußten Liebesautomaten umgestaltet. Die eigenen Schuldgefühle und der Haß gegen den verführenden Partner gestalten den Liebesverkehr des Erwachsenen zu einem das Kind erschreckenden Kampf (Urszene), der mit dem Moment des Orgasmus endet, während die kindliche Erotik, bei Abwesenheit des "Kampfes der Geschlechter", auf dem Vorlustniveau verharrt oder nur Befriedigungen im Sinne einer "Sättigung" kennt, nicht aber die Vernichtungsgefühle des Orgasmus. Die "Genitaltheorie", die den Kampf der Geschlechter phylogenetisch zu begründen sucht, wird diesen Unterschied zwischen kindlichen erotischen Befriedigungen und dem haßdurchtränkten Lieben bei der Begattung würdigen müssen.

---

<sup>209</sup> Der Nachtrag steht so, ohne weitere Hinweise, bereits in der Erstveröffentlichung: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 1\$2 1933, -seite 5-15.



Elizabeth Severn (1913)



## Gedanken über das Trauma

### Zum Text

Dieser aus Sándor FERENCZIS Nachlaß vorrangig wohl von Vilma KOVACS<sup>210</sup> zusammengestellte Text<sup>211</sup> wurde bei einer Gedenkveranstaltung der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung am 3. Oktober 1933 vorgelesen. In einer Einführung während der Veranstaltung thematisiert Imre HERMANN<sup>212</sup> mit einer eleganten Analogie unterschiedliche Blickwinkel auf das Thema Trauma, für die einerseits maßgebliche österreichische und deutsche Psychoanalytiker stehen, andererseits offenbar die ProtagonistInnen der ungarischen Psychoanalyse, also nicht nur FERENCZI. Sein Schlußwort klingt demgegenüber seltsam diffus, – als wolle er das Kapitel *Ferenczi und das sexuelle Realtrauma* bei aller Sympathie jetzt endlich abschließen. HERMANNs Hinweis auf sexuelle Übergriffe (auch) durch andere Kinder verwischt FERENCZIS deutliche Gewichtung auf das Machtgefälle zwischen kindlichem Opfer und *erwachsenem* Täter, sowie auch auf die besondere Bedeutung des Vertrauensbruchs bei Inzest. Auch betont HERMANN für FERENCZIS traumabezogene Arbeit die Symptomatologie; FERENCZI suchte jedoch vorrangig nach Möglichkeiten, den Betroffenen therapeutisch zu helfen! Sein psychoanalytisches Vermächtnis mit dieser Intention aufzunehmen, hier weiterzuforschen – das hätte die Botschaft der Gedenkveranstaltung sein können und sein müssen. Aber so war es auch in Budapest nicht.

133

Den von HERMANN erwähnten *'Versuch einer Genitaltheorie'* hatte FERENCZI bereits 1914 begonnen und schon in diesen Jahren mit FREUD besprochen. Er spekuliert darin unter anderem über eine mögliche Bedeutung des Geschlechtsakts als eine Art phylogenetischer Regression ins allumhüllende Wasser als Urelement des tierischen Organismus. Die Arbeit wurde von der psychoanalytischen Szene ziemlich einhellig abgelehnt, obwohl FREUD sich enthusiastisch über

<sup>210</sup> Die ungarische Psychoanalytikerin Vilma KOVACS-PROSZNITZ (1883-1940) hatte eine schwierige Kindheit und Jugend, war Patientin FERENCZIS und wurde zu seiner psychoanalytischen Schülerin. Ab 1925 war sie Leiterin der Ausbildungsseminare der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung. Zusammen mit FERENCZI entwickelte sie die Methode der Supervision des ersten Falles durch den Lehranalytiker. Sie und ihr Mann Frédéric KOVACS, ein Architekt, finanzierten die Psychoanalytische Poliklinik in Budapest. (*Der Nachname wird wohl im Ungarischen ohne Akzent geschrieben, obwohl es andere Namensträger gibt, die sich Kovács schreiben.*) Eine Tochter aus erster Ehe, Alice, wurde die erste Ehefrau von FERENCZIS Schüler und Nachlaßverwalter MICHAEL BALINT. ALICE BALINT wurde ebenfalls Psychoanalytikerin und arbeitete vor allem in den Bereichen Pädagogik, Ethnopsychanalyse und Entwicklung der frühen Objektbeziehungen. 1939, nach dem Inkrafttreten antijüdischer Gesetze, verließen die BALINTS Ungarn. Judith DUPONT, Tochter einer anderen Tochter von Vilma KOVACS, wurde Psychoanalytikerin in Frankreich und Herausgeberin des zweiten Bandes von *'Schriften zur Psychoanalyse'* sowie des *Klinischen Tagebuch* von FERENCZI. ([http://www.psychanalytikerinnen.de/ungarn\\_geschichte.html](http://www.psychanalytikerinnen.de/ungarn_geschichte.html))

<sup>211</sup> Grundlage des Kompilats waren jene *Fragmente und Notizen* aus dem Nachlaß, die teilweise in *'Bausteine zur Psychoanalyse, Band IV'* veröffentlicht worden waren. Hier verwendete Fragmente wurden in meine eigene Auswahl nicht aufgenommen.

<sup>212</sup> Der Arzt und Psychoanalytiker Imre HERMANN (1889-1984) gilt als bedeutendster ungarischer Vertreter einer psychoanalytischen Wahrnehmungs- und Denkpsychologie. Seine Konzeption eines *Anklammerungstriebes* entstand nach zwanzigjähriger ethologischer Forschung mit Primaten als Vorläufer der *Bindungstheorie* (BOWLBY). Vergleiche Horst KÄCHELE: *'A Hungarian Precursor of Attachment Theory: Ferenczi's Successor, Imre Hermann'* in: *American Imago* 66.4 (2009), Seite 419-426. – Unter den ungarischen Psychoanalytikern scheint es nach FERENCZIS Tod eine Art Polarisierung zwischen einer Gruppe um ihn und einer anderen Gruppe um Michael BALINT gegeben zu haben.



## Gedanken über das Trauma

---

sie äußerte. Im Rückblick sind Korrelationen zu Otto RANKs *Geburtstrauma*-Theorie (Wien 1923) sowie zu Sigmund FREUDs Konzept vom *Todestrieb* erkennbar. FERENCZIS Schüler Michael BALINT hatte immer wieder zustimmend auf diese Arbeit hingewiesen. Und während der 68er-Zeit gab es in der BRD einen Raubdruck davon. Es scheint, daß der *'Versuch einer Genitaltheorie'* in jüngster Zeit von der Anthropologie wiederentdeckt wird.<sup>213</sup>

Wie mit den Hinweisen zur *traumatischen Trance* in mehreren seiner Vorträge bringt FERENCZI hier mit seinen Überlegungen zu Korrelationen zwischen Schlaf (respektive Traum) und Trauma-Erinnerungen eine weitere von den damaligen Psychoanalytikern als überholt gesehene therapeutische Technik wieder in die Diskussion ein: die Hypnose. Speziell entwickelte hypnotherapeutische Methoden (dazu gehören auch Imaginationen) gehören mittlerweile zu den Arbeitsgrundlagen etlicher Traumaforscher und -therapeuten.<sup>214</sup>

Die Relevanz von Träumen als Ressource im Zusammenhang mit psychotraumatischen Erfahrungen betont heutzutage Richard MOLLICA, Arzt, Traumaforscher und -therapeut im Bereich Kriegs- und -Flüchtlingstrauma.<sup>215</sup>

Einige von FERENCZIS Überlegungen im Teil I korrelieren mit aktuelleren Hypothesen und Untersuchungen zur möglichen Traumagenese von Psychosen.<sup>216</sup>

---

<sup>213</sup> Die deutsche Wikipedia enthält derzeit (25.8.2014) einen gut verständliche Einführung:

[http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Versuch\\_einer\\_Genitaltheorie&oldid=130434870](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Versuch_einer_Genitaltheorie&oldid=130434870).

<sup>214</sup> Zunehmend bedeutsam wird als traumatherapeutische Methode die Ego State-Therapie (WATKINS/WATKINS), bei der psychoanalytische und hypnotherapeutische Elemente genutzt werden für nuancierte beziehungsorientierte Arbeit mit dissoziativen Abspaltungen. Siehe diverse Arbeiten des Psychoanalytikers und Ego State-Therapeuten Jochen PEICHL, unter anderem: *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst* (Stuttgart 2007). Luise REDDEMANN verweist in einem Übersichtsartikel auf Zusammenhänge zu FERENCZIS Forschungen: *'Ego State Therapie, ein Bindeglied zwischen Psychoanalyse und Hypnotherapie'* (Hypnose-ZHH 2009, 4[1+2], Seite 207-214). Siehe auch bei Eugene BLISS, Milton ERICKSON, Richard KLUFT, Lydia HANTKE.

<sup>215</sup> Richard MOLLICA: *'Unsichtbare Wunden heilen'* (München 2009, Seite 167-189)

<sup>216</sup> Siehe unter anderem Arbeiten von Michael DÜPELMANN; vgl. den Überblick in Mondrian v.LÜTTICHAU: *'Dissoziation und Trauma. Grundlagen für Betroffene und HelferInnen'* (Berlin 2014)



### Imre Hermann: Bemerkungen zu Ferenczis Gedanken über das Trauma<sup>217</sup>

Erschütternde Ableitung der Wirkung erschütternd, traumatisch wirkender Erlebnisse war die erste, noch nebelhaft unausgestaltete Form der Psychoanalyse. Auf den hier gewonnenen Erfahrungen beruhte noch unselbständig die erste psychoanalytische Psychopathologie. *BREUER* und *FREUD* fanden schon die Arbeiten der französischen neurologischen Schulen über die traumatischen Neurosen vor,<sup>218</sup> es lebte schon die Auffassung *BERNHEIMS*<sup>219</sup>, wonach die Neurosen traumatischen Ursprungs keine speziell gearteten Neurosen, sondern ihrer Entwicklung, Ausgestaltung und Symptomlehre nach den anders entstandenen Neurosen gleich wären.

Seither, seit den *BREUER-FREUDSchen* Hysteriestudien, machte die Psychoanalyse als Therapie und als Wissenschaft Riesenfortschritte hinsichtlich der Methoden, der Erkenntnisse und der Selbständigkeit. *FREUDS* Erkenntnisse eröffneten den Weg für eine biologisch fundierte Entwicklungspsychologie. Es enthüllten sich allgemeine, zusammenfassende Gesetzmäßigkeiten, Stufen der Entwicklung zeichneten sich voneinander ab, es klärte sich der Weg einzelner seelischer Gebilde von ihrer ursprünglichen Gegebenheit bis zu ihrer sekundären, abgeschliffenen Gestalt.

Inzwischen wurde – wie nicht zum erstenmal im Fortschritt der Wissenschaften – die zuerst erkannte Besonderheit des Ausgangspunktes, *das Trauma*, als Erlebnis und Gegenstand der Therapie immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Das Erlebnis schimmerte zwar auch weiter durch die Krankengeschichten, doch oft nur darum, damit man seiner auslösenden Rolle im gesetzmäßigen Gang der Entwicklung gewahr werde. Die erschütternde Wirkung der Kastrationsdrohung behielt z. B. auch weiterhin ihre große Bedeutung, aber bei der Notwendigkeit der inneren Entwicklung ist es auch möglich, daß vom Kinde ein alltägliches Erlebnis als Erschütterung empfunden wird. Die Ödipussituationen entflammen nicht äußeren Erlebnissen zu Folge, sondern gestalten sich von Innen, aus der Notwendigkeit der inneren Entwicklung heraus. Als unstreitbar von außen wirkende traumatische Erschütterung verblieb vielleicht nur die Urszene, d. h. die Beobachtung des elterlichen Koitus. Kurz: es stellte sich eine Verschiebung des Schwerpunktes ein. In der historischen Entwicklung der Psychoanalyse verschob sich der Schwerpunkt vom Trauma auf die *allgemein* gültigen entwicklungspsychologischen Gesetze.

---

<sup>217</sup> Vortragen am 3. Oktober 1933, in der von der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung veranstalteten Trauersitzung für FERENCZI. Erstveröffentlichung in der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse (Hrsg. von Sigmund FREUD, Wien 1934; XX. Band, Heft 1, Seite 12-15).

<sup>218</sup> Gemeint sind hier wohl vorrangig die Arbeiten von Pierre JANET (1859-1947), die erst im Zusammenhang mit dem psychotraumatologisch grundlegenden Ansatz der *Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* wiederentdeckt wurden, vgl. Onno VAN DER HART/Ellert R.S. NIJENHUIS/Kathy STEELE: *'Das verfolgte Selbst'* (Paderborn 2008).

<sup>219</sup> Der französische Psychiater, Neurologe und Hypnoseforscher Hippolyte BERNHEIM (1840-1919) widersprach der damals verbreiteten These, nur Hysteriker könnten hypnotisiert werden. Vielmehr war er der Meinung, die Hypnose sei ein normales, unpathologisches Phänomen, das als psychische Reaktion auf Suggestionen einträte und nicht, wie damals oft vermutet wurde, von Magneten und Metallen beeinflusst werden konnte. Im Jahr 1889 besuchte Sigmund FREUD BERNHEIM und ließ sich über dessen Experimente mit der sogenannten "posthypnotischen Suggestion" informieren. Aus BERNHEIMS Versuchsergebnissen folgerte FREUD, daß es ein Unbewusstes geben müsse. (*Wikipedia*) – Übrigens erwähnt FREUD noch 1937 seinem Lehranalysanden BLANTON gegenüber im Zusammenhang mit dem Hypnosesthema seine Erfahrungen bei BERNHEIM (BLANTON, a.a.O., Seite 78).

## Gedanken über das Trauma

---

Dieser Rollenwechsel des äußeren Traumas steht nicht ohne Beispiel da. Die Entwicklungslehren, welche sich an die Namen von *LAMARCK* und *DARWIN* knüpfen, gerieten in scharfen Gegensatz mit der "Katastrophentheorie", welche das Erscheinen verschieden organisierter Lebewesen durch "Kataklysmen" zu erklären suchte. *CUVIER*, der Vorkämpfer dieser Theorie, bringt Beweise dafür, daß das Leben auf der Erde oft durch fürchterliche Ereignisse aufgewühlt wurde und die Veränderung der organischen Welt stets diesen Katastrophen folgt. Die *LAMARCKschen* und *DARWINSchen* Lehren verkünden demgegenüber eine gesetzmäßige allmähliche Veränderung im Verlaufe langer Zeiten. Hier ist die Erforschung der umfassenden Gesetzmäßigkeiten dieser Veränderungen von Wichtigkeit. Aber, so ließe sich berechtigterweise fragen, kennt denn das Gesetz des Daseinskampfes keine Katastrophen? Gewiß kennt es welche. *DARWIN* verkündet, daß die natürliche Auswahl durch Leben und Tod unerbittlich wirkt, "daß jedes einzelne organische Wesen in einer Periode seines Lebens im Kampfe lebe; daß heftige Zerstörungen über Alt und Jung in jeder Generation oder nach wiederkehrenden Zwischenräumen unvermeidlich kommen". Und doch gibt es nach ihm keinen Sprung in der Natur. Dieser Widerspruch löst sich, wenn wir das individuelle Niveau der verwendeten Begriffe betrachten. *CUVIER* legt das Gewicht auf die Katastrophe des einzelnen Individuums und nicht auf die überindividuellen Gesetze, welche die Veränderung der Arten bestimmen. Vom Standpunkte der ganzen organischen Welt lebt nach ihm auch jede Art als abgesondertes "Individuum" ihr Leben. Bei *DARWIN* wird die einheitliche Entwicklung der *ganzen* organischen Welt betont, er kennt keine Art als abgesondertes Individuum, daher spielt die Katastrophe des Einzelwesens bei ihm nur eine untergeordnete Rolle. Die Verschiebung des Schwerpunktes wird also von der Änderung der Einstellung auf das Allgemeine, bzw. auf das Individuelle, begleitet.

Das Beispiel aus der Entwicklungslehre verweist klar auf die verschiedene Bedeutung des Traumas in der Psychoanalyse. Solange das Individuum betont wird, steht der Begriff des Traumas im Vordergrund und büßt von seiner Bedeutung nur dann ein, wenn außerindividuelle Gesetzmäßigkeiten in den Brennpunkt des Interesses gelangen.

Gerade darum mußte *FERENCZI*, dem bei seinen mündlichen und schriftlichen Äußerungen das Individuum in seiner Einzigartigkeit vorschwebte, der Fragen und Lösungen stets im Individuellen und nicht im Allgemeinen suchte, in seinen Problemen der traumatischen Erschütterung begegnen. Das Trauma als Leitmotiv findet sich schon in der Vorstellung der Pathoneurosen vor. "Die ursprüngliche psychoanalytische Traumatheorie der Neurosen" – sagt er im Jahre 1918 – "hat sich bis auf den heutigen Tag bewährt. Sie wurde durch die Theorie *FREUDS* von der Sexualkonstitution und deren dispositioneller Bedeutsamkeit bei der Neurosenbildung nicht beseitigt, sondern *ergänzt*, so daß wir im Prinzip nichts gegen die Möglichkeit einer *traumatischen Paranoia* einzuwenden haben, bei der trotz normaler Sexualkonstitution gewisse Erlebnisse den Anstoß zur Entwicklung dieser Neuropsychose geben."<sup>220</sup> Der Gedanke des Traumas liegt seinen "aktiv" genannten therapeutischen Neuerungen zugrunde, als er die Spannungen aufs äußerste zu steigern bestrebt war und einem neuen therapeutischen Vorschlag absichtlich den Namen "Neokatharsis" gab.<sup>221</sup> Sein theoretisch am konsequentesten aufgebauter Gedanke, die Entwicklung der Genitalität, fußt auf der Wirkung individueller Traumata und darum gab er auch der ungarischen Ausgabe der "Genitaltheorie" den Titel "Katastrophen in der Entwicklung der Genitalfunktion".<sup>222</sup>

---

<sup>220</sup> 'Von Krankheits- oder Pathoneurosen' (1917), in: 'Schriften zur Psychoanalyse II' (a.a.O., Seite 242-252)

<sup>221</sup> Es handelt sich hier um zwei zeitlich aufeinanderfolgende Konzeptionen mit entgegengesetzter Intention: zuerst kam *FERENCZIS/RANKS Aktive Therapie* (mit Spannungssteigerung/verstärkten Versagungen), Jahre später das *Relaxationsprinzip* (im Zusammenhang damit die Konzeption der *Neokatharsis*).

<sup>222</sup> 'Katastrofa a nemi működésében' (1929).



## Gedanken über das Trauma

---

Seine psychoanalytischen Erfahrungen nötigten ihn im Laufe der Jahre, die sich verzweigenden Probleme des Traumas dauernd an der Oberfläche zu halten. Zum wahren Kern der Probleme gelangte er, als in den letzten Jahren sein Interesse durch verborgene, nur nach Bekämpfung der Widerstände auftauchende, vor der konventionellen Moral als unglaublich und phantastisch geltende Traumata gefesselt wurde. In seinen analytischen Gedanken aus dieser Zeit spielt die Erschütterung, die das Kind in seiner Genitalität von der erwachsenen Umgebung erleidet, eine beständige Rolle. Gewiß hätte sich auch die Beweisführung nicht verzögert, daß das Kind ähnliche Traumata auch von Kindern erleiden kann, und er hätte es mit reichem Material dargestellt, wie sich das Kind während des Traumas und nach dem Trauma verhält, wie sich die Erwachsenen im Falle des dem Kinde zugefügten Traumas über das Geschehene hinwegsetzen, was die frühen und späten Folgen des Traumaerlebnisses sind. Ein großer Teil seiner Lösungen blieb im Dunkeln und wird auch so verbleiben. Doch konnten wir aus den hinterlassenen Schriften, die Frau *Vilma KOVÁCS* durchsah, eine mehr aphoristische Aufzeichnungsgruppe möglichst in der originellen<sup>223</sup> Abfassung und zwei mehr abgerundete Studien wörtlich der Öffentlichkeit übergeben. Alle drei Studien eröffnen die Lösung für je ein Problem des Traumas, wie sie zu geben nur *FERENCZI* vermochte.

---

<sup>223</sup> sic!

## Sándor Ferenczi: Gedanken über das Trauma<sup>224</sup>

### I. Zur Psychologie der Erschütterung

<sup>225</sup> "Schock" ist der Vernichtung des Selbstgefühls gleich – der Fähigkeit, Widerstand zu leisten und zur Verteidigung des eigenen Selbst zu handeln und zu denken; vielleicht geben auch die *Organe*, die die Erhaltung des Selbst gewährleisten, ihre Funktion auf, oder vermindern sie aufs äußerste. (Das Wort "Erschütterung" kommt von "Schutt"<sup>226</sup>; umfaßt Unsolidwerden, die eigene *Form* verlieren, aufoktroierte Form leicht und widerstandslos anzunehmen, "wie ein Sack Mehl".)

Erschütterung kommt immer *unvorbereitet*. Ihr muß ein Gefühl der *Selbstsicherheit* vorausgegangen sein, in der man sich infolge der Ereignisse *enttäuscht* fühlt; vorher hat man *sich* und der *Umwelt zu sehr* getraut, nachher zu wenig oder gar nicht. Man muß seine eigene Kraft überschätzt und im Wahne gelebt haben, daß *solches* nicht geschehen kann, "nicht *mir*".

Eine Erschütterung kann rein physisch, rein moralisch oder physisch + moralisch sein. Die physische ist immer auch moralisch, die moralische kann ohne jede physische Zutat Schock erzeugen.

Das Problem ist: gibt es im Falle der Erschütterung keine Reaktion (Abwehr) oder erweist sich der momentane transitorische Abwehrversuch so schwach, daß er sofort wieder aufgegeben wird? Unser Selbstgefühl ist geneigt, der letzteren Möglichkeit den Vorzug zu geben; eine widerstandslose Nachgiebigkeit ist schon in der Vorstellung unannehmbar. Auch sehen wir, daß in der Natur auch der *Schwächste* noch einen gewissen Widerstand leistet. (Selbst der Wurm bäumt sich.) Immerhin sind die

---

<sup>224</sup> Aus dem Nachlaß von Sándor FERENCZI zusammengestellt und vorgelesen am 3. Oktober 1933, in einer von der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung veranstalteten Trauersitzung für FERENCZI. Erstveröffentlichung in der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse (Hrsg. von Sigmund FREUD, Wien 1934; XX. Band, Heft 1, Seite 5-12).

<sup>225</sup> Die erste Passage ist in ihrer Originalform als Fragment, datiert mit *Biarritz, 19. IX. 1932*, unter dem Titel '*Über Erschütterung*' enthalten in Sándor FERENCZI: '*Bausteine zur Psychoanalyse Band IV*' (Leipzig 1938, Seite 261f.).

Wurde annähernd wortgleich übernommen.

<sup>226</sup> in der Originalform: "schütter"

## Gedanken über das Trauma

---

*flexibilitas cerea*<sup>227</sup> und der Tod Beispiele für Widerstandslosigkeit und Zerfallserscheinung. Dies führt bis zum Atom-Tod, schließlich zum Aufhören der materiellen Existenz überhaupt, vielleicht zu einem temporären oder permanenten "Universalismus" – einer Distanzierung, von der aus gesehen die Erschütterung minimal oder selbstverständlich erscheint.

<sup>228</sup>Die Plötzlichkeit der Erschütterung verursacht *große Unlust, die nicht bewältigt werden kann*. Doch was ist Bewältigung?<sup>229</sup>

1. Wirkliche Abwehr der Schädlichkeit, d. h. Veränderung der Umwelt im Sinne der Beseitigung der *Ursache* der Störung (alloplastische Reaktion).

2. Produktion von *Vorstellungen* über künftige Veränderung der Realität im günstigen Sinne; das *Festhalten* an diesen Vorstellungsbildern, die also "*in spe*" lustbetont sind, befähigt uns die Unlust "*zu ertragen*", d. h. nicht (oder weniger) als solche zu empfinden. Diese Vorstellungen wirken als Antidot gegen Unlust (als Anästhetikum) und befähigen uns zum zweckmäßigen Verhalten während der Dauer der Unlust – oder schmerzzerzeugenden Einwirkung (Zahnziehen: es wird bald vorbei sein, nur ein Moment, dann wieder gut). Gleichzeitig <sup>230</sup>auch "*Ersatzreaktionen*" (Muskelkontraktionen), die bereits illusionär zu nennen sind, d. h.: Abwehr und Beseitigungshandlungen an unschuldigen (aber analogen) Gegenständen oder Personen <sup>231</sup>, meistens an toten Dingen, statt an lebendigen, sehr oft an sich selber (Haare ausraufen). Diese zweite Bewältigungsart ist alloplastisch "*in spe*", zum Teil aber schon durchwirkt von primären Vorgängen, in denen Ähnlichkeit für Identität gilt.

<sup>232</sup> Unmittelbare Folge jedes Traumas ist die Angst. Sie besteht im Gefühl der *Unfähigkeit*, sich der Unlustsituation durch 1. Entziehung seines Selbst vom Reiz (Flucht), 2. durch Entfernung des Reizes (Vernichtung der äußeren Gewalt) anzupassen. Rettung bleibt aus, die Hoffnung auf eine solche scheint ausgeschlossen. Die Unlust

139

---

<sup>227</sup> "Eine *Flexibilitas cerea* (v. lat. *flexibilitas* „Biegsamkeit“ und *cereus* „wächsern“) beschreibt eine „wächserne“ Erhöhung des Muskeltonus bei passiver Bewegung, die durch eine mit geringer Mühe passive Beugbarkeit und ein Beibehalten der gegebenen Stellung charakterisiert ist. Sie tritt vor allem bei bestimmten schizophrenen Erkrankungen (z. B. katatone Schizophrenie) auf und ist häufig vergesellschaftet mit einem Stupor und einer Katalepsie sowie anderen Störungen der Psychomotorik. Dieses Symptom wird aber auch bei organischen Hirnerkrankungen oder unter Hypnose gefunden." (*Wikipedia*)

<sup>228</sup> Die folgende Passage ist in ihrer Originalform als Fragment vom 26.12.1932 unter dem Titel '*Das Psychotrauma*' enthalten in a.a.O., Seite 291f. Bis auf vermerkte Unterschiede nur kleine Umstellungen gegenüber dem Original.

<sup>229</sup> In der Originalnotiz heißt es: "Grosse Unlust, die wegen Plötzlichkeit nicht '*bewältigt*' werden kann. Was ist Bewältigung?" – Die Umstellung ändert den Bezug und damit die Kausalität.

<sup>230</sup> im Original: "meist auch"

<sup>231</sup> im Original "ausleben"

<sup>232</sup> Die folgende Passage ist in ihrer Originalform als Fragment vom 31.12.1931 unter dem Titel '*Trauma und Angst*' enthalten in a.a.O., Seite 256f. Bis auf die vermerkten Änderungen nur sinngemäße Umstellungen gegenüber dem Text in '*Bausteine*'.



## Gedanken über das Trauma

---

steigert sich, verlangt nach einem Ventil<sup>233</sup>. Die Möglichkeit eines solchen gibt<sup>234</sup> die *Selbsterstörung*, die als *Angst entbindend* dem stillen Dulden vorgezogen wird. Das am leichtesten Zerstörbare an uns selbst ist das Bewußtsein, der Zusammenhang der psychischen Gebilde zu einer Ganzheit: so entsteht die psychische *Desorientierung*. (Die körperliche Einheit folgt nicht so bald dem Selbstzerstörungsprinzip.)

Die Desorientierung hilft 1. unmittelbar als Ventil, als Surrogat für die Selbstzerstörung<sup>235</sup>, 2. durch das Aufhören der weiteren Perzeption des Übels, insbesondere des höheren moralischen – *ich* leide nicht mehr, höchstens ein Körperteil von mir, 3. durch eine *wunscherfüllende Neubildung* aus den Fragmenten auf dem Niveau des Lustprinzips.

Die traumatische Angst kann sich gerade diesem zufolge leicht in Verrücktheitsfurcht umwandeln. Beim Verfolgungswahnsinnigen überwiegt die Tendenz, sich selbst zu schützen, Gefahren abzuwehren, über die ganz hilflose Angst. Der Verfolgungswahn, der Größenwahn und das Allmachtsgefühl des Alles-zerstören-Könnens sind in den meisten Fällen unbewußt. Die Analyse muß durch diese Schichten hindurch.

<sup>236</sup>Zur seelischen Wirkungsart des Traumas gehört auch das *Benehmen der Erwachsenen dem Kind gegenüber*, das das Trauma erleidet. Diese zeigen zumeist ein scheinbares *Unverständnis* hohen Grades. Das Kind wird *bestraft*, was unter anderem auch durch seine große Ungerechtigkeit auf das Kind wirkt. Der ungarische Kinderzimmer-Ausdruck "katonadolog"<sup>237</sup> fordert vom Kind einen Heroismus, dem es noch nicht gewachsen sein kann. Oder sie reagieren mit *Totschweigen*, wodurch das Kind ebenso unwissend wird, wie es von ihm verlangt wurde.

---

<sup>233</sup> im Original: "outlet"

<sup>234</sup> Der sinngemäße Satzanfang fehlt im Original.

<sup>235</sup> statt "Surrogat für Selbstzerstörung" im Original: "als Selbstzerstörungsvorgang (outlet)"

<sup>236</sup> Der folgende kurze Absatz ist in der Dokumentation in '*Bausteine..*' nicht enthalten (das Fragment geht jedoch anders weiter).

<sup>237</sup> Soldatenlos

## II. Zur Revision der Traumdeutung<sup>238</sup>

### Exkurs: Sigmund Freud:

#### Traumatische Neurose und Kinderspiel (Exzerpt)<sup>239</sup>

Nach schweren mechanischen Erschütterungen, Eisenbahnzusammenstößen und anderen, mit Lebensgefahr verbundenen Unfällen ist seit langem ein Zustand beschrieben worden, dem dann der Name "traumatische Neurose" verblieben ist. Der schreckliche, eben jetzt abgelaufene Krieg hat eine große Anzahl solcher Erkrankungen entstehen lassen und wenigstens der Versuchung ein Ende gesetzt, sie auf organische Schädigung des Nervensystems durch Einwirkung mechanischer Gewalt zurückzuführen.<sup>240</sup> Das Zustandsbild der traumatischen Neurose nähert sich der Hysterie durch seinen Reichtum an ähnlichen motorischen Symptomen, übertrifft diese aber in der Regel durch die stark ausgebildeten Anzeichen subjektiven Leidens, etwa wie bei einer Hypochondrie oder Melancholie, und durch die Beweise einer weit umfassenderen allgemeinen Schwächung und Zerrüttung der seelischen Leistungen. Ein volles Verständnis ist bisher weder für die Kriegsneurosen noch für die traumatischen Neurosen des Friedens erzielt worden. Bei den Kriegsneurosen wirkte es einerseits aufklärend, aber doch wiederum verwirrend, daß dasselbe Krankheitsbild gelegentlich ohne Mithilfe einer groben mechanischen Gewalt zustande kam; an der gemeinen traumatischen Neurose heben sich zwei Züge hervor, an welche die Überlegung anknüpfen konnte, erstens, daß das Hauptgewicht der Verursachung auf das Moment der Überraschung, auf den Schreck, zu fallen schien, und zweitens, daß eine gleichzeitig erlittene Verletzung oder Wunde zumeist der Entstehung der Neurose entgegenwirkte. Schreck, Furcht, Angst werden mit Unrecht wie synonyme Ausdrücke gebraucht; sie lassen sich in ihrer Beziehung zur Gefahr gut auseinanderhalten. Angst bezeichnet einen gewissen Zustand wie Erwartung der Gefahr und Vorbereitung auf dieselbe, mag sie auch eine unbekannte sein; Furcht verlangt ein bestimmtes Objekt, vor dem man sich fürchtet; Schreck aber benennt den Zustand, in den man gerät, wenn man in Gefahr kommt, ohne auf sie vorbereitet zu sein, betont das Moment der Überraschung. Ich glaube nicht, daß die Angst eine traumatische Neurose erzeugen kann; an der Angst ist etwas, was gegen den Schreck und also auch gegen die Schreckneurose schützt. Wir werden auf diesen Satz später zurückkommen.

Das Studium des Traumes dürfen wir als den zuverlässigsten Weg zur Erforschung der seelischen Tiefenvorgänge betrachten. Nun zeigt das Traumleben der traumatischen Neurose den Charakter, daß es den Kranken immer wieder in die Situation seines Unfalles zurückführt, aus der er mit neuem Schrecken erwacht. Darüber verwundert man sich viel zu wenig. Man meint, es sei eben ein Beweis für die Stärke des Eindruckes, den das traumatische Erlebnis gemacht hat, daß es sich dem Kranken sogar im Schlaf immer wieder aufdrängt. Der Kranke sei an das Trauma sozusagen psychisch fixiert. Solche Fixierungen an das Erlebnis, welches die Erkrankung ausgelöst hat, sind uns seit langem bei der Hysterie bekannt. Breuer und Freud äußerten 1893: Die Hysterischen leiden größtenteils an Reminiszenzen. Auch bei den Kriegsneurosen haben Beobachter wie Ferenczi und Simmel manche motorische Symptome durch Fixierung an den Moment des Traumas erklären können.

<sup>238</sup> Dieser 2. Teil entspricht annähernd wortgenau einem Fragment vom 26.3.1931, unter demselben Titel aufgenommen in a.a.O., Seite 242-248, dort als Originalform bezeichnet.

<sup>239</sup> FERENCZI bezieht sich nachfolgend auf die hier dokumentierten Überlegungen FREUDS aus dessen Buch '*Jenseits des Lustprinzips*' (Wien 1920). Mit diesem Exkurs soll, wie mit einigen anderen längeren Zitaten, in der FERENCZI gewidmeten Zusammenstellung auch Sigmund FREUD zu Wort kommen, der FERENCZI lebenslang bedeutendste intellektuelle Partner. Nicht nur an dieser Stelle wird retrospektiv deutlich, daß auch FREUD durch wichtige Überlegungen beigetragen hat zu unserem heutigen Verständnis der Psychotraumadynamik.

<sup>240</sup> Vgl. '*Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Mit Beiträgen von Ferenczi, Abraham, Simmel und E. Jones*' (Wien 1919). (Anmerkung bei Freud)

## Gedanken über das Trauma

---

Allein es ist mir nicht bekannt, daß die an traumatischer Neurose Krankenden sich im Wachleben viel mit der Erinnerung an ihren Unfall beschäftigen. Vielleicht bemühen sie sich eher, nicht an ihn zu denken. Wenn man es als selbstverständlich hinnimmt, daß der nächtliche Traum sie wieder in die krankmachende Situation versetzt, so verkennt man die Natur des Traumes. Dieser würde es eher entsprechen, dem Kranken Bilder aus der Zeit der Gesundheit oder der erhofften Genesung vorzuführen. Sollen wir durch die Träume der Unfallsneurotiker nicht an der wunscherfüllenden Tendenz des Traumes irre werden, so bleibt uns etwa noch die Auskunft, bei diesem Zustand sei wie so vieles andere auch die Traumfunktion erschüttert und von ihren Absichten abgelenkt worden, oder wir müßten der rätselhaften masochistischen Tendenzen des Ichs gedenken. (...)

In *FREUDS* Traumdeutung ist als alleinige Funktion des Traumes die wunscherfüllende Umwandlung der schlafstörenden, unlustvollen Tagesreste hingestellt. Die Wichtigkeit dieser Tages- und Lebensreste ist mit fast nicht zu überbietender Genauigkeit und Schärfe beleuchtet, doch meine ich, daß die Wiederkehr der Tagesrestes selbst eine der Funktionen des Traumes bedeutet. Es ist nämlich bei genauer Verfolgung des Zusammenhanges zwischen der Lebensgeschichte und den Traumgehalten immer auffälliger, daß die sogenannten Tages- (und was wir hinzufügen können: Lebens-) Reste eigentlich Wiederholungssymptome von Traumata sind; bekanntlich hat aber die Wiederholungstendenz bei der traumatischen Neurose auch an und für sich eine nützliche Funktion: sie will das Trauma einer besseren, womöglich endgültigen Erledigung zuführen, als es beim erschütternden Urereignis möglich war. Diese Tendenz ist auch dort vorauszusetzen, wo sie mißlingt, d. h. wo die Wiederholung zu keinem bessern Resultate führt als das Urtrauma. Die vollkommenere Definition der Traumfunktion wäre also (statt: "Der Traum ist eine Wunscherfüllung"): jeder Traum, also auch der unlustvollste, ist der Versuch, traumatische Erlebnisse einer besseren psychischen Erledigung und Bewältigung zuzuführen, sozusagen im Sinne eines "*esprit d'escalier*",<sup>241</sup> was in den meisten Träumen infolge der Herabsetzung der kritischen Intelligenz und der Vorherrschaft des Lustprinzips leichter geschieht. Ich möchte also die Wiederkehr der Tages- und Lebensreste im Traume nicht als mechanische Produkte des Wiederholungstriebes betrachtet sehen, sondern vermute dahinter das Wirken einer gleichsam psychologisch zu nennenden Tendenz zur Neu- und Bessererledigung, und die Wunscherfüllung ist das Mittel, mit dem es dem Traume mehr minder gut gelingt, dies zu erreichen. Angstträume und Alpträume sind unvollkommen gelingende oder fast gar nicht gelingende Wunscherfüllungen, doch der Anlaß dazu ist in der partiell durchgeführten Verschiebungsarbeit unverkennbar. Tages- und Lebensreste sind also zur Wiederholung neigende, unerledigte und unbewältigte, unbewußte und vielleicht nie bewußt gewesene psychische Eindrücke, die sich unter den Bedingungen

142

---

<sup>241</sup> Der Treppenwitz (ein treffender Gedanke, der einem zu spät einfällt: wenn man nach einem Besuch die Treppe bereits wieder hinuntergeht).

## Gedanken über das Trauma

---

des Schlafens und Träumens mehr als im Wachen vordrängen und sich die wunscherfüllende Fähigkeit des Traumes nutzbar machen.<sup>242</sup>

In einem jahrelang beobachteten Falle gab es in jeder Nacht mindestens zwei, meist mehrere Träume. Der erste, in der Stunde der größten Schlaftiefe erlebte, hatte keinen psychischen Inhalt; die Patientin erwachte daraus mit dem Gefühle großer Aufregung, mit dumpfen Erinnerungen an Schmerzempfindungen, durchgemachte Leiden körperlicher und psychischer Natur und mit der Andeutung von Sensationen in einzelnen Körperorganen. Nach längerem Wachsein neuerliches Einschlafen mit neuen, sehr lebhaften Traumbildern, die sich als Verzerrungen und Abschwächungen der im ersten Traume (und auch im Träumen nur unbewußt) erlebten Vorgänge entpuppten. Es wurde allmählich immer klarer, daß die Patientin nur in einem tief unbewußten, beinahe komatösen Schlaf die traumatischen Ereignisse ihres Lebens rein rationell und ohne Vorstellungsinhalte wiederholen kann und muß, im nachfolgenden, minder tiefen Schlaf aber nur wunscherfüllende Abschwächungen ertragen kann. Das theoretisch Wichtige an diesen und ähnlichen Beobachtungen ist die Relation zwischen der Tiefe der Bewußtlosigkeit und dem Trauma und berechtigt an und für sich zum Versuch, das Erschütterungserlebnis mit Hilfe absichtlich begünstigender Versenkung in Trance aufzusuchen. Unerwarteter, unvorbereiteter, überwältigender Schock wirkt gleichsam als Anästhetikum. Wie aber kommt dies zustande? Anscheinend durch Einstellung jeder Art von psychischer Aktivität und damit Herstellung eines Zustandes vollkommen widerstandsloser Passivität. Die absolute Lähmung der Motilität begreift die Einstellung auch des Wahrnehmens, damit auch des Denkens in sich. Die Ausschaltung der Perzeption hat die volle Schutzlosigkeit der Persönlichkeit zur Folge. Ein Eindruck, der nicht wahrgenommen wird, kann auch nicht abgewehrt werden. Diese komplette Lähmung hat zur Folge: 1. daß der Ablauf der sensiblen Lähmung<sup>243</sup> dauernd unterbrochen wird und bleibt; 2. daß man während derselben jeden mechanischen und psychischen Eindruck widerstandslos aufnimmt; 3. daß von diesen Eindrücken keine

---

<sup>242</sup> Den "Wiederholungszwang" (nicht "Wiederholungstrieb"), also den typischen menschlichen Impuls, unangenehme oder sogar schmerzhaft Gedanken, Handlungen, Träume, Spiele, Szenen oder Situationen zu wiederholen, erklärte FREUD mit einer Funktion des Widerstands, aber auch mit dem von ihm zeitweise konzipierten "Todestrieb" (*'Jenseits des Lustprinzips'*, Wien 1920); siehe auch das Exzerpt hier zuvor. Heutzutage wird er eher als evolutionäre Ressource verstanden, eine Sichtweise, die also offenbar auf FERENCZI zurückgeht. – Von Ida v. LÜTTICHAU, Gesprächspartnerin des dresdner Arztes und Naturphilosophen Carl Gustav CARUS (*'Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele'*, Stuttgart <sup>2</sup>1851) ist folgender Gedanke dazu überliefert: "Kann man sich wundern, daß alles denselben Gesetzen unterworfen ist, im physischen, wie im moralischen? Daß, wenn man einen wunden Fleck in der Seele hat, man immer daran stößt, sich ritzt, ebenso wie die Zunge den kranken Gaumen immerdar reizt, bis daß die Natur es ausgeheilt hat. Und nicht unsere Macht, Kraft, und Bewußtsein heilt uns aus, sondern das Unbewußte in uns führt zum Tode oder zur Heilung ohne unser Dazuthun. Wir sehen nur zu, aber auf die Art, wie wir zusehen, kommt viel an." (in: *'Wahrheit der Seele – Ida v. Lüttichau (1798-1856). Erster Band'* (Leipzig/Berlin 2010, Seite 44)

<sup>243</sup> So in beiden Referenzquellen. Ist vielleicht eher die "sensible Reaktion" oder dergleichen gemeint? Das "derselben" unter 2. würde sich dann wieder auf das "Lähmung" zuvor beziehen. (Es handelt sich bei all dem um handschriftliche Notizen auf Zetteln!)



## Gedanken über das Trauma

---

Erinnerungsspuren zurückbleiben, nicht einmal im Unbewußten, so daß die Ursachen der Erschütterung gedächtnismäßig nicht zu haben sind. Will man sie dennoch erreichen, was logisch schier unmöglich erscheint, so muß man das Trauma selbst wiederholen und unter günstigeren Bedingungen *erstmalig* zur Perzeption und zur motorischen Entladung bringen.

Zurückkehrend zum Traum: der Bewußtlosigkeitszustand, respektive Schlafzustand begünstigt nicht nur die Herrschaft des Lustprinzips (wunscherfüllende Traumfunktion), sondern auch die Wiederkehr unerledigter, traumatischer, sensibler Eindrücke, die nach Erledigung ringen (traumatolytische Traumfunktion). Mit anderen Worten: die Wiederholungstendenz des Traumas ist größer im Schlaf als im Wachen; im tiefen Schlafe also ist mehr Aussicht auf Wiederkehr tiefversteckter, sehr vehementer, daher seinerzeit mit tiefer Bewußtlosigkeit einhergegangener, unerledigter sensibler Eindrücke. Gelingt es, diese vollkommene Passivität mit dem Gefühle der Fähigkeit zum Ausleben des Traumas zu verbinden (d. h. den Patienten zur Wiederholung und zum Zuenderleben aufzumuntern, was oft nur nach unzähligen, mißlingenden Versuchen und gewöhnlich zunächst nur stückweise gelingt), so mag es zu einer neuartigen, günstigeren, wohl auch dauerhaften Erledigung des Traumas kommen.<sup>244</sup> Der Schlafzustand kann dies nicht leisten, höchstens die neuerliche Wiederholung mit demselben lähmungsartigen Endresultat. Oder der Schlafende erwacht mit dem Gefühle verschiedenartiger seelischer und körperlicher Unlustempfindungen, schläft dann wieder ein und träumt den verzerrten, psychischen Inhalt nach. Der erste Traum ist pure Wiederholung; der zweite ein Versuch, damit irgendwie allein fertig zu werden, und zwar mit Hilfe von Milderungen und Verzerrungen, also verfälscht. Unter der Bedingung einer optimistischen Verfälschung wird also das Trauma zum Bewußtsein zugelassen.

Die Vorbedingung einer solchen Verfälschung scheint die sogenannte "narzißtische Spaltung"<sup>245</sup> zu sein, d. h. die Schaffung einer Zensurstelle (Freud)<sup>246</sup> aus einem abgespaltenen Teile des Ichs, die sozusagen als reine Intelligenz, als Alleswisser mit einem Januskopfe sowohl die Größe der Schädigung, als auch den Teil von ihr, den die Person ertragen kann, abmißt und nur das Erträgliche in Form und Inhalt des Traumes zur Perzeption zuläßt, ja, wenn nötig, es wunscherfüllend beschönigt.

---

<sup>244</sup> Diese Überlegungen zielen direkt auf hypnotherapeutische Methoden, wie sie in der heutigen Traumatherapie genutzt werden. Daß FERENCZI sich über dieses Thema immer wieder, jedoch gleichbleibend vage ausdrückt, mag mit seinen Erfahrungen über die Verwendung von Hypnose auch durch Mißbrauchstäter zusammenhängen (vgl. im *'Klinischen Tagebuch'*, Eintragung vom 12. Januar 1932).

<sup>245</sup> Ein von FERENCZI eingeführter Begriff, der nicht verwechselt werden darf mit dem gleichnamigen in Heinz KOHUTS Narzißmustheorie. Siehe hierzu in dem Vortrag *'Kinderanalysen mit Erwachsenen'*, hier an anderer Stelle.

<sup>246</sup> Als *Zensur* wird in der Psychoanalyse eine seelische Instanz bezeichnet, die unbewußten Wünschen den Zugang zum Bewußtsein verwehrt. Diese Wünsche können nur in einer abgewandelten bzw. entstellten oder maskierten Form das Bewußtsein erreichen. Der Begriff wurde von FREUD vor allem in der *'Traumdeutung'* genutzt.



## Gedanken über das Trauma

---

Beispiel zu diesem Traumtypus: Eine Patientin, der vom Vater einigemal, auch im erwachsenen Alter, Liebesanträge gemacht wurden, bringt monatelang Material, das auf ein sexuelles Infantiltraua aus dem fünften Lebensjahr hindeuten, welches trotz zahlloser Phantasiewiederholungen, auch in Halbtrance, weder erinnert, noch zur Höhe der Überzeugung gehoben werden kann. Sehr oft erwacht sie aus dem ersten, tiefen Schlaf "wie zerschlagen", mit heftigen Schmerzen im Unterleib, Blutfülle im Kopf und Muskelzerrung, "wie nach einem heftigen Kampf", lähmungsartiger Erschöpfung usw. Im zweiten Traum sieht sie sich von wilden Tieren verfolgt, zur Erde geschleudert, von Räubern überfallen usw., wobei kleine Züge des Verfolgers auf den Vater, seine enorme Größe auf die Kindheit hinweisen. Ich halte "den Primärtraum" für die traumatisch-neurotische Wiederholung, den "Sekundärtraum" für die teilweise Bewältigung desselben ohne äußere Hilfe mittels der narzißtischen Spaltung. Ein solcher Sekundärtraum hatte etwa folgenden Inhalt: *Ein kleiner Karren wird von einer langen Reihe von Pferden auf einer Bergkante, sozusagen spielend, heraufgezogen. Rechts und links Abgründe; die Pferde werden in einem gewissen Rhythmus angetrieben. Die Kraftfülle der Pferde ist mit der spielerischen Leichtigkeit der Aufgabe in keinem Verhältnis. Starkes Lustgefühl. Plötzlicher Szenenwechsel: Ein junges Mädchen (Kind?) liegt am Boden eines Kahn's fast tot und weiß, über ihr ein riesiger Mann, sie mit seinem Gesichte erdrückend. Hinter ihnen steht im Kahn ein zweiter Mann, ein ihr persönlich bekannter Herr, und das Mädchen schämt sich, daß der Mann Zeuge des Vorganges ist. Der Kahn ist von ungeheuer hohen, steilen Bergrändern umgeben, so daß man von nirgends her hinsehen kann, es sei denn aus ungeheurer Entfernung von einem Aeroplan.*

145

Das erste Stück des Sekundärtraumes entspricht der uns aus anderem Traummaterial bekannten, retrospektive erschlossenen Szene, in der Patientin als Kind rittlings am Körper des Vaters emporrutscht und mit kindischer Neugierde alle möglichen Entdeckungszüge nach versteckten Körperteilen des Vaters macht, wobei sich beide köstlich amüsieren. Die Szene im tiefen Teich reproduziert den Anblick des Sich-nicht-beherrschen-Könnens des Mannes, die Idee, was die Welt dazu sagen würde, das Gefühl des Totseins und der Hilflosigkeit und gleichzeitig in autosymbolischer Weise: die Tiefe der Bewußtlosigkeit, die von allen Seiten die Geschehnisse unzugänglich macht (höchstens etwa Gott im Himmel, oder ein sehr weit fliegender, d. h. emotionell uninteressierter Flieger könnte das Geschehene erspähen). Auch der Projektionsmechanismus als Resultat der narzißtischen Spaltung ist in der Verschiebung der Erlebnisse von sich selbst auf "ein Mädchen" dargestellt.



## Gedanken über das Trauma

---

Der therapeutische Zweck der Traumanalyse ist die Herstellung einer unmittelbaren Zugänglichkeit zu den sensiblen Eindrücken mit Hilfe einer tiefen Trance, die gleichsam hinter den Sekundärtraum regrediert und die Ereignisse des Traumas in der Analyse wieder erleben läßt. Nach der gewöhnlichen Traumanalyse im Wachzustande folgte also eine zweite Analyse in Trance. Man trachtet in dieser Trance mit dem Patienten in Kontakt zu bleiben, was viel Takt erfordert. Entspricht man dabei nicht vollkommen den Erwartungen der Patienten, so erwachen sie ärgerlich oder belehren uns, was wir hätten tun und sagen sollen. Der Arzt hat da manches zu schlucken und muß es lernen, auf seine Autorität als Besserwisser zu verzichten. Diese Nachanalyse benützt oft einzelne Bilder des Traumes, um durch sie hindurch sozusagen in die Tiefendimension, d. h. in die Realität hineinzuschreiten.

### III. Das Trauma in der Relaxationstechnik<sup>247</sup>

146

Es scheint, daß die Patienten, selbst bei der größten Nachsicht und Relaxationsfreiheit, an einen Punkt gelangen, wo die Freiheit aus praktischen Gründen immerhin eingeschränkt werden muß. Der Wunsch z. B., den Analysierenden ständig um sich zu haben, der Wunsch, die Übertragungssituation zu einem realen, dauernden Verhältnis zu gestalten, bleibt unerfüllt. Die darauffolgende, oft außerordentlich starke Gemütsreaktion wiederholt die Erschütterung, die seinerzeit zur Symptombildung führte. Die große Zuvorkommenheit, Nachgiebigkeit des Analytikers bringt eine Zeitlang, gleichsam durch Kontrastwirkung, viele böse, bislang unbewußte Erlebnisse der Kinderzeit zum Bewußtsein oder zur Rekonstruktion. Schließlich gelingt es, sozusagen das ganze Krankheitsgewebe auf den traumatischen Herd zu reduzieren und fast alle Traumanalysen drehen sich um einige wenige, erschütternde Kindheitserlebnisse. Während dieser Analysen geht manchmal die Emotion mit dem Patienten durch; Zustände von heftigen Schmerzen seelischer und körperlicher Natur, wohl auch Delirien und mehr minder tiefe Grade des Bewußtseinsverlustes mit Koma mengen sich in die rein intellektuelle Assoziations- und Konstruktionsarbeit ein. Man drängt ihn in diesem Zustande dazu, Aufklärungen über die Ursachen der einzelnen Gefühls- und Empfindungsstörungen zu geben. Die auf solche Art erzielte Einsicht

---

<sup>247</sup> Dieser 3. Teil entspricht annähernd wortgenau einem Fragment vom 22.3.1930, unter dem Titel *'Relaxation und Erziehung'* aufgenommen in: Sándor FERENCZI: *'Bausteine zur Psychoanalyse Band IV'* (Leipzig 1938, Seite 239-242), dort als Originalform bezeichnet. Beachte den einigermaßen befremdlichen Titel in der Buchausgabe, der kaum im Sinne des Autors war.



## Gedanken über das Trauma

---

bringt eine Art Befriedigung, die gleichzeitig gefühlsmäßig und intellektuell ist und es verdient, Überzeugung genannt zu werden. Doch dauert diese Befriedigung nicht lange, oft nur wenige Stunden; die nächste Nacht bringt wieder in Form eines Alptraums etwa die verzerrte Wiederholung des Traums ohne das geringste Gefühl des Verständnisses; die ganze Überzeugung ist wieder dahin. Die transitorisch gefundene intellektuelle und gemütsmäßige Überzeugung zerreißt immer wieder und der Patient schwankt nach wie vor zwischen dem Symptom, in dem er alle Unlust fühlt und nichts versteht und zwischen der Wachrekonstruktion, in der er alles versteht, doch nichts oder nur wenig fühlt. Eine tiefere Änderung dieses, oft langweilig und automatisch werdenden Wechsels bringt die obgenannte Nötigung, der Relaxation eine Grenze zu stecken. Gerade der hohe Grad unseres Entgegenkommens macht auch die kleinste Versagung ungemein schmerzlich; der Patient sieht sich wie vor den Kopf geschlagen, produziert die höchsten Grade der Erschütterung und des Widerstandes, fühlt sich betrogen, doch in seiner Aggressivität gehemmt und endet in einem lähmungsähnlichen Zustand, den er als Totsein oder Sterben empfindet. Gelingt es uns dann, auch diesen Zustand von uns weg und auf die infantil-traumatischen Ereignisse zurückzulenken, so mag es dazu kommen, daß der Patient den Moment erhascht, in dem seinerzeit Wissen und Fühlen unter den nämlichen Symptomen des hilflosen Rasens zu einer Selbsterstörung, zur Zerreißung der Seeleninhalte in unbewußtes Fühlen und ungefühltes Wissen führte, also zu dem nämlichen Prozeß, den *FREUD* für die Verdrängung postuliert. Unsere Analyse will (und anscheinend kann auch): bis zu den Vorstadien des Verdrängungsprozesses zurückführen. Allerdings gehört dazu das volle Aufgeben jeder Gegenwartsrelation und volles Versinken in die traumatische Vergangenheit. Die einzige Brücke zwischen der realen Welt und dem Patienten im Trancezustand ist die Person des Analytikers, die, statt einfacher, gestikulatorischer und emotionaler Wiederholung, den Patienten mitten im Affekt zur intellektuellen Arbeit drängt, ihn unermüdlich mit Fragen aufmuntert.

Eine überraschende, aber anscheinend allgemein gültige Tatsache bei dem Prozeß der Selbsterstörung ist das plötzliche Umwandeln der unmöglich gewordenen Objektrelation in die narzißtische. Der von allen Göttern verlassene Mensch entschlüpft der Realität vollkommen und schafft sich eine andere Welt, in der er, ungehindert von Erdschwere, alles erreichen kann, was er will. War er bisher unbeliebt, ja gemartert, so spaltet er von sich ein Stück ab, das in Form einer hilfreichen oder liebevollen, meist mütterlichen Pflegeperson den geplagten Rest der Person bemitleidet, für ihn sorgt, über sie entscheidet, all dies mit der größten Weisheit, mit durchdringender Intelligenz. Sie ist die Intelligenz und Güte selbst, sozusagen ein Schutzengel. Dieser Engel sieht das leidende oder getötete Kind von außen (er ist also aus der Person gleichsam

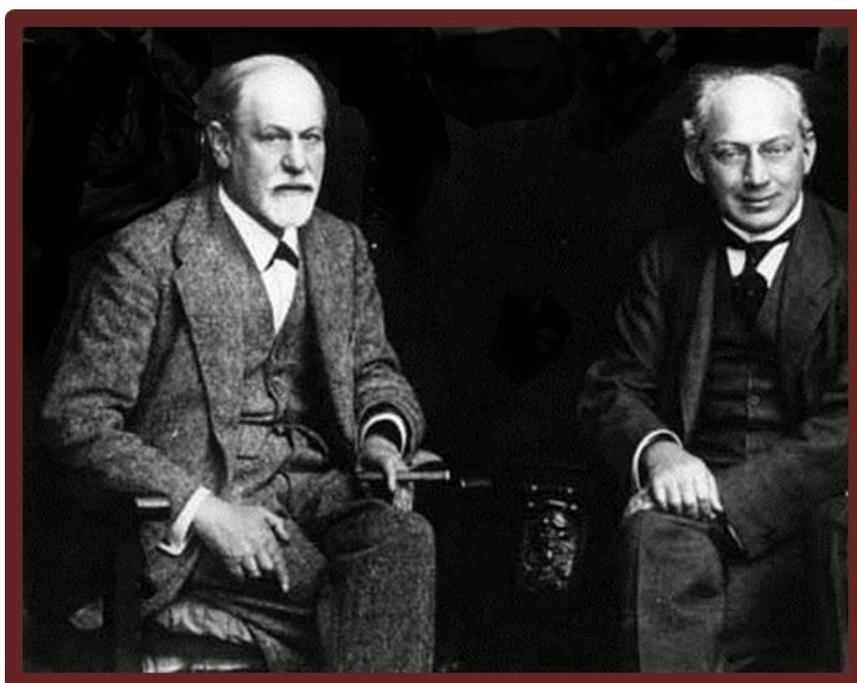
## Gedanken über das Trauma

---

ausgeschlüpft bei dem Prozeß des "Berstens"), geht durch das ganze Universum, um Hilfe zu suchen, erfindet Phantasien für das anders nicht zu rettende Kind usw.<sup>248</sup> Doch im Momente eines allzustarken neuerlichen Traumas muß der Schutzpatron seine eigene Hilflosigkeit und seine wohlmeinenden Betrügereien dem gemarterten Kind einbekennen und da bleibt denn nichts anderes als Selbstmord übrig, falls nicht im letzten Moment sich etwas Günstiges in der Realität ereignet. Dieses Günstige nun, auf das wir gegen den Selbstmordimpuls hinweisen können, ist die Tatsache, daß bei diesem neuerlichen traumatischen Kampf der Patient nicht ganz allein dasteht. Zwar können wir ihm nicht alles bieten, was er als Kind verdient hätte, aber die Tatsache des Behilflichseinkönnens allein gibt den Anstoß zu einem neuen Leben, in dem die Akten des Unwiederbringlichen abgeschlossen werden und der erste Schritt dazu getan wird, mit dem, was das Leben doch noch bietet, vorlieb zu nehmen und nicht alles, auch das noch Brauchbare wegzuwerfen.

---

<sup>248</sup> Siehe hierzu von Gabi LUMMAS: *'Wer bin ich? oder: Das Unglaubliche'* (Berlin 2012)



Sigmund Freud und Sándor Ferenczi (1922)



## International Sándor Ferenczi Conference

The 2015 International Sándor Ferenczi Conference takes place May 7 – 15, 2014 and will be held at Hart House, University of Toronto in Toronto, Canada.

<http://ferencziconference.com/>

### Mind and Body

Unlike Freud, who put aside his trauma theory in a large part of his work, Ferenczi considered physical, sexual, emotional or psychical trauma as central in the etiology of psychopathology. The immature/tender mind is not yet capable of processing traumatic experiences. Consequently the symbolic representation/memory of the experience is fragmented, atomized, split-off and often somatized. The residual effects of the non-represented experience may be manifested somatically, when confronted with environmental triggers, such as hyperarousal, panic, dread, conversion symptoms, and pain; or they may be expressed by dream-like flashbacks, nightmares, or de-realization. Ferenczi's technical innovations in working with severely traumatized and regressed patients are an inspiration to contemporary analysts working with patients with PTSD, psychosomatic conditions, conversion disorders, personality disorders, and psychotic patients, offering new, innovative dynamic approaches for patients that have in the past been thought of as "difficult patients" not responsive to standard technique.

### Trauma and Psychoanalytic Process

The core of Ferenczi's work lies in his concept of trauma. In his understanding of trauma, the child's tender and affectionate feelings have been jostled by the passions of an adult, which impose premature sexual and emotional demands on an "innocent" child. Ferenczi maintains that trauma lies essentially in the fact that the distressed child finds no response from the caretaking other or is confronted with disavowal. The consequences of trauma go from identification with the aggressor and loss of confidence in his own perceptions, feelings and interpretation of reality, to splitting and fragmentation of the self. The child must then resort to severely neurotic, borderline, or psychotic "solutions". In the case of transgenerational transmission of trauma, even the capacity to think is impaired.

Beyond some more radical and controversial experiments, Ferenczi's legacy is one of a psychoanalytic mind and a clinician dedicated to healing. He suggests that the transference and countertransference interaction is a foundational experience that allows a symbolic representation of split off traumatic experiences, thus stopping traumatic repetitions and opening up the possibility of a future different from the past.

### Trauma and Society

One of Ferenczi's preoccupations during the entire span of his analytic career was interpersonal influence: the hypnotic effects of love and fear, the loss of self and of one's independent will, compliance with the other, through identification with the aggressor, as a result of the manipulation of these emotions by powerful others, whether they be parents, analysts, or significant others.

As such, his work is a rich source of ideas about the sociopolitical world and the relationship of individuals to this larger public arena. Ferenczi's legacy and heritage shed an inspiring light on larger-scale social and political phenomena.