

568

Paul Parin

## Das «sinnlose» Fragen der Patienten

In der ärztlichen Sprechstunde erleben wir es immer wieder, daß wir dem Patienten oder seinen nächsten Angehörigen die Antwort auf die Frage nach der Ursache seines Leiden schuldig bleiben müssen. Ich meine hier nicht jene Fälle, bei denen unsere Kenntnis nicht ausreicht, um eine Ursache für die Beschwerden anzugeben, und auch nicht jene, in denen wir dem Patienten eine Wahrheit verschweigen müssen, die zu kennen ihm schädlich oder unerträglich wäre.

Es sind die Fragen nach der Ursache einer Krankheit, nach ihrer kausalen Bedingtheit, die wir *uns* beantworten können und bei denen wir uns auch ohne weiteres imstande fühlen, dem Patienten die Antwort mitzuteilen. Nehmen wir an, ein Patient leide an Gelbsucht, an Hepatitis epidemica, dann mag er fragen: Wovon kommt dies, Herr Doktor? Kommt es vom schlechten Wetter, von Erkältung? Ich bin letzte Woche im Zug gefahren und vertrage das Fahren so schlecht. Kommt es vielleicht davon? Oder kommt es vom fetten Essen? usw. Eine große Zahl von Patienten stellt solche oder hundert ähnliche Fragen nicht etwa erst bei Abschluß der Untersuchung, dann, wenn der Kranke füglich eine Antwort erwarten dürfte. Mit angstvoller Ungeduld und Hartnäckigkeit werden diese Fragen schon während der Aufnahme der Anamnese, ja schon vorher, beim ersten Kontakt mit dem Arzt, vorgebracht. Wir müssen auch bald die Erfahrung machen, daß der Patient nicht zufrieden ist, wenn wir ihm zusagen, bei Abschluß der Untersuchung rückhaltlos Auskunft zu geben, sondern daß er uns immer wieder mit Fragen überfällt. Bei der Untersuchung anwesende Angehörige, besonders Ehegatten und Eltern, sind ebenfalls geneigt, solche Fragen zu stellen.

569

Die Art dieses Fragens ist besonders charakterisiert durch die Reaktion des Fragenden auf eine schließlich erteilte Antwort. Wenn wir z. B. dem an Hepatitis Erkrankten zu erklären versuchen, daß es sich um eine Infektion handle, deren Erreger wir zwar nicht kennen, die aber einmal in seinen Körper eingedrungen sein müssen usw., so vermag auch der intelligente Patient oft nicht, diese Erklärung anzunehmen. Es ist sogar sehr selten, daß ein Kranker die wahrscheinlichste und rationellste Darstellung der Ursachen seines Leidens ohne weiteres annimmt. Viel häufiger beharrt er auf einer Ursache, die er selbst gefunden zu haben glaubt; in unserem Falle z. B. darauf, daß die Erkrankung von einer kurz vorher genossenen Fleischspeise herkomme, wobei es ihn

nicht zu stören vermag, daß mehrere seiner Familienmitglieder dieselbe Speise genossen, ohne zu erkranken.

Eine weitere Gruppe von Patienten beantwortet sich diese Frage selbst, indem sie irgend eine, recht abwegige Ursache annimmt. So sagte mir die Gattin eines Patienten, der seit über 10 Jahren an recidivierendem Magenulcus litt, das ganze Leiden ihres Mannes käme vom Umzug in eine neue Wohnung, der vor 6 Monaten stattfand, und von den damit verbundenen Anstrengungen. Das habe der Kranke herausgefunden. Sie war durch den Hinweis darauf, daß ihr Mann schon früher krank gewesen sei und daß es ihm unmittelbar vor dem Umzug besonders schlecht gegangen sei, nicht von ihrer Meinung abzubringen, ebensowenig wie ihr Gatte. Besonders häufig beziehen Patienten Erkrankungen verschiedenster Art auf Ueberanstrengung im Beruf, auch dann, wenn die Berufsarbeit jahrelang gleich blieb und ohne Beschwerden vertragen wurde, oder wenn gar die Arbeit in der Zeit vor der Erkrankung erheblich leichter geworden war. Bei Kindern tritt in den Krankheitsursachen, die die Mutter zu finden glaubt, die Schule an Stelle der Berufsarbeit. Schließlich möchte ich noch jene Patienten erwähnen, die uns allen bekannt sind, die für ihre Beschwerden, so vielfältig sie auch sein mögen, nur *eine* Ursache kennen, kennen wollen und kennen können; ich meine die «Unfallneurotiker».

O. von Monakow (1) hat die Tendenz dieser Patienten, alle Leidenssymptome auf den Unfall zurückzuführen, als Ausdruck der «*agglutinierten Kausalität*» beschrieben, die durch Affekte bestimmt sei, bei der jede normale Kritik verschwinde (2), und bei der die Kausalität durch Leidenschaft und Begierde vollständig umgeworfen werde. Diese Bezeichnung paßt gut auf das Phänomen «des sinnlosen Fragens» der Patienten.

570

Alle Patienten, von denen ich sprechen werde, gehören zu den Normalen, den seelisch und geistig Gesunden und Intelligenten. Jede Art seelischer Abnormität, auch leichte Formen des Schwachsinn und manifeste Neurosen schließe ich a priori von dieser Betrachtung aus.

Andererseits konnte ich, wie jeder praktisch arbeitende Arzt, das oben geschilderte Verhalten auch bei hochintelligenten, gebildeten Personen, Akademikern, ja selbst Kollegen beobachten. Hier fällt es am meisten auf.

Leicht wären wir geneigt, in dieser Erscheinung den Ausdruck eines starken und primären Kausalitätsbedürfnisses unserer Kranken zu sehen. Doch müssen wir in diesen Fällen auf eine so einfache und optimistische Deutung leider verzichten. Die Fragen werden auch dann gestellt, wenn noch keine Antwort zu erwarten ist; die Fragenden sind nicht gewillt, die endlich erteilte, unserer Erkenntnis entsprechende Antwort anzunehmen, und sie beharren mit einer geradezu irrationalen, unvernünftig anmutenden Sicherheit auf ihrer eigenen ursächlichen Erklärung, einer

Erklärung, die schon durch einfachste logische Ueberlegung absurd erscheinen muß. Ja, wenn wir den sonst intelligenten Patienten auf die Unlogik hinweisen, ihn daran erinnern, daß vielleicht die Krankheit auftrat, bevor das angeschuldigte Ereignis stattfand, ändert er seinen Standpunkt nicht. Wenn wir nicht resignieren und eine ausweichende oder endlich gar keine Antwort geben, müssen wir es häufig erleben, daß uns der Patient Unwillen zeigt, daß wir sein Vertrauen zu uns erschüttern und er sogar lieber einen anderen Heilkundigen aufsucht, der willfähriger ist, wenn auch weniger logisch.

Den Einwand, daß einfach ein Großteil der Patienten in logisch-wissenschaftlichem Denken ungeschult wäre, können wir nicht gelten lassen. Denn erstens fragen auch logisch Geschulte häufig so, zweitens wäre der beharrliche Widerstand gegen das bessere Wissen nicht erklärt, und endlich muß uns auch die Uniformität dieser Erscheinung stutzig machen.

Es liegt nahe, *diese merkwürdige Erfahrung den psychologischen Phänomenen zuzuzählen, als dere, I, Gemeinsames E. Bleuler das autistische Denken erkannt hat (3)*. Er sagt: «Das Kausalitätsbedürfnis, einer der wichtigsten Stimuli unseres realistischen Denkens, kann an vielen Punkten nicht befriedigt werden. ...» Das autistische Denken ist durch Bedürfnis gelenkt; es zeigt die Eigenschaften der Erhaltung des zugrunde liegenden Affekts, der Verdichtung und ist lustbetont.

*Wir wollen versuchen, nach dieser Zuordnung zum autistischen*

571

*Denken, nach der Beschreibung als agglutinierte Kausalität das « sinnlose Fragen» in seiner Psychogenese zu verfolgen, in der Annahme, daß der uniformen Erscheinung jeweils das gleiche psychodynamische Geschehen zugrunde liegen müsse. Wir gehen dabei ähnlich vor, wie S. Freud (4) andere Fehlleistungen Normaler erklärt hat. Mit andern Worten : auch diese Fehlleistungen werden von uns wie neurotische Symptome behandelt und analysiert. Wir versuchen dieses Phänomen «auf unvollkommen unterdrücktes Material zurückzuführen, das, vom Bewußtsein abgedrängt, doch nicht der Fähigkeit, sich zu äußern, beraubt worden ist.»*

Obgleich unsere Beobachtungen sicher schon unendlich oft gemacht wurden und von jedem praktischen Arzt immer wieder gemacht werden, und obgleich ihre Eigenschaft als Fehlleistung oder Symptomhandlung ganz offensichtlich ist, wurde eine analytische Ableitung unseres Wissens bisher nicht versucht. Aus der Psychoanalyse Neurosekranker kennen wir eine Erscheinung, die viel Aehnlichkeit mit unserer Beobachtung aufweist.

Ein an Angsthysterie erkrankter Patient begründete während der Analyse ein Krankheitssymptom folgendermaßen: Seine übergroße und störende Vergeßlichkeit käme von der allgemeinen

Reizbarkeit, die er an manchen Tagen gegen alles und jedermann empfinde. Diese wieder komme von übermäßiger sexueller Erregbarkeit, unter der er leide. Die sexuelle Erregbarkeit sei dann besonders stark, wenn er am Abend vorher reichlich, insbesondere Fleisch und Käse gegessen habe. Diesen Diätfehler endlich begehe er jeweils dann, wenn er nach übergroßer körperlicher Anstrengung im Beruf erschöpft sei und wieder neue Kräfte gewinnen wolle. Der Patient stellte sich dann die Frage, was die eigentliche Ursache sei. Als er schließlich auf die ungewohnte Nahrung als Causa verfiel, ließ er sich durch meinen Einwand, daß er schon oft Käse gegessen habe, ohne davon vergeblich geworden zu sein, ohne weiteres abbringen. (Zu beachten ist, daß der Neurotiker in der Situation der Uebertragung geneigter ist, Einwände entgegenzunehmen, als der seelisch Gesunde, der zu seinem Arzt nur eine mäßig starke affektive Beziehung ausgebildet hat.) Auch die weiteren, oben angeführten Glieder der Ursachenreihe für das - objektiv vorhandene - Symptom der Vergeßlichkeit ließen sich der Reihe nach auf ähnliche Weise entwerfen. Schließlich blieb für den Patienten als einzige und alleinige Ursache für die Vergeßlichkeit seine, als krankhaft empfundene und unangenehme, sexuelle Reizbarkeit bestehen. In der weiteren Analyse zeigte es sich, daß daran etwas Zutreffendes war, doch lagen die Verhältnisse komplizierter. Dann, wenn nämlich der Patient einer, als sündhaft und verboten empfundenen sexuellen Versuchung zu unterliegen drohte (einer bestimmten Form der Onanie) oder wenn er dieser Versuchung unterlegen war, blieben zwei neurotische Symptome zurück: das Gefühl, übermäßig sexuell erregt zu sein, wobei das «übermäßig» die Stelle von «sündhaft» und «verbotenermaßen» einnahm, und zweitens das Symptom der Vergeßlichkeit. Diese Vergeßlichkeit erstreckte sich auf zahlreiche Ereignisse des folgenden Tages, die geeignet waren, auf assoziativem Weg die Erinnerung an die nachts vorher erfolgte

572

Onanie, die in der Tat schon am nächsten Tag äußerst blaß und undeutlich erinnert wurde, in ihrer ganzen, mit qualvoller Gewissensangst belasteten Deutlichkeit wieder erstehen zu lassen. Hier also war *die Erklärung für ein seelisches Symptom durch eine körperliche Erscheinung gegeben*. Natürlich war es aber nicht die körperliche Erscheinung der sexuellen Erregung, sondern die Angst vor den Folgen der Onanie, welche wieder nicht dem Akt selbst, sondern den Phantasien bei dieser Form der Onanie galt. Die Angst selbst war als Gefühl verdrängt worden, und nur die physiologischen Stigmen der Angst waren noch sichtbar.

Oft machen wir in der Analyse folgende Erfahrung: Wenn eine Klage über ein neurotisches Symptom vorgebracht wird, das der Patient als «körperliches» Symptom ansieht, ist diese Klage

von einer Frage nach der Ursache des Symptoms gefolgt. Diese Frage wird so gestellt, daß der Analytiker gleichzeitig aufgefordert wird, seine Ansicht in bestimmter Form über die - ebenfalls materielle - Ursache zu äußern: Unterläßt er dies, so gibt der Patient selbst eine Erklärung. Diese wird vielleicht noch durch eine, oder einander ablösende, oder gar ausschließende Erklärungen ersetzt. Schließlich gibt sich der Patient mit einer Ursache zufrieden, bei der er vorderhand bleibt. Diese, oft mit großer Festigkeit aufrecht erhaltene Ursache entpuppt sich, im Fortgang der Analyse, selbst als Symptom. Sie ist ein Produkt des Verdrängenden und des Verdrängten. Das Verdrängte ist die verbotene Triebkomponente, das Verdrängende die Angst. Diese Angst wieder war früher einmal bewußt und Realangst. Zum Zeitpunkt der Analyse ist sie zur mehr minder bewußten Gewissensangst geworden, die an den verdrängten Triebinhalt geknüpft ist und in ihrer ganzen Unerträglichkeit manifest würde, wenn der verdrängte Komplex wieder auftaucht. Diese «Ursache» verdankt ihre Entstehung in der Vorstellungswelt des Patienten aber noch einem Umstand: dem Widerstand. Das heißt, sie soll dazu dienen, das ursprüngliche Symptom in seinen verdrängten und darum vergessenen Wurzeln nicht wieder zu erinnern. Der Widerstand bedient sich hier einer logisch unrichtigen, aber psychologisch wohlbegründeten Ueberlegung: Wenn ich mein Symptom auf diese oder jene äußere oder körperliche Ursache zurückführen kann, ist es ja nicht meine Sache, das Verdrängte zu erinnern und die Angst, die damit verbunden ist, auf mich zu nehmen. Es ist Sache des analysierenden Arztes, mich zu heilen. Ich erspare mir Unlust und erzwinge mir die Hilfe und sogar das liebevolle Mitleid des Arztes. - Wir brauchen nicht zu betonen, daß es sich dabei nicht um eine bewußte Ueberlegung handelt. Schon der unrationelle Charakter und das affektbetonte Festhalten an dieser Ursache stempeln sie zu einem

573

Ersatzsymptom. Noch deutlicher wird dies, wenn wir versuchen wollten, dem Patienten zu sagen, sein Symptom sei gar nicht auf körperliche Faktoren zurückzuführen. Er würde mit Verstärkung des Widerstandes reagieren.

Eine andere Parallele, an die wir kurz erinnern wollen, ist die Erscheinung der Magie, bei der eine symbolische Handlung oder ein Gedanke die Erfüllung eines Wunsches gestattet, der in der Wirklichkeit nicht erfüllt wird. Die beschwörende Art, in der jene Fragen gestellt werden, und die magische Bedeutung, die der selbstgewählten Antwort innewohnt, ist oft sehr auffallend.

Wir müssen uns fragen, ob wir das Verhalten unserer Patienten mit dem Verhalten der Neurotiker in der Analyse oder dem magischen Verhalten des Kindes oder der primitiven Völker gleichsetzen dürfen. Unsere Patienten sind ja wirklich krank und ihre Krankheit hat meist eine sehr reale Ursache und unterscheidet sich ganz wesentlich vom neurotischen Symptom. Der Patient sieht

sich auch keiner unbeeinflussbaren Uebermacht gegenüber, sondern hat Anlaß, von uns die Behandlung und Heilung seines Leidens zu erwarten, ja er weiß vielleicht, daß sein Leiden, ganz abgesehen von der Ursache, erfahrungsgemäß heilbar ist.

Wir kommen auf den früher erwähnten Patienten zurück, der den Umzug als Ursache für sein Magengeschwür ansah. Die Familiengeschichte zeigte, daß auch sein Vater an einem Magengeschwür gelitten hat. Er selbst ist einige Jahre nach der Heirat erkrankt. In jener Zeit übte er einen Beruf aus, der ihn zu den verschiedensten Tages- und Nachtzeiten von zu Hause fernhielt, ihn zwang, seine Mahlzeiten unregelmäßig und oft außer Haus einzunehmen. Gleichzeitig, vielleicht im Zusammenhang damit, traten die ersten Eheschwierigkeiten auf. Die Ehefrau kam sich vernachlässigt vor, war es wohl auch, machte dem Mann Vorwürfe, und dieser suchte und fand mehr Verständnis in einem Verhältnis zu einer ebenfalls verheirateten Nachbarsfrau. Die Gattin wußte von diesem Verhältnis, das nach der Geburt des ersten Kindes in der Ehe abgebrochen wurde. In den folgenden Jahren nahm das Ulcusleiden den üblichen schwankenden Verlauf, während die Ehe des Patienten, soweit es uns bekannt ist, nach einem Wechsel im Beruf, der ihm ein regelmäßiges Familienleben ermöglichte, eine glückliche zu nennen war. Kurz vor dem angeschuldigten Wohnungswechsel trat, wie schon vielemale im Laufe der Jahre, ein Recidiv auf. Nach dem Umzug nahm der Patient, um die Unkosten wettzumachen, Gelegenheitsarbeiten an, die ihn abends und Sonntags von der Familie fernhielten. Er bekam deshalb Vorwürfe von

574

seiner Frau zu hören. In der Nachbarschaft der neuen Wohnung endlich gab es, wie mir die Gattin später einmal beiläufig mitteilte, ein jung verheiratetes Paar, bei dem der Mann viel außer Haus weilte, und die Frau die Familie unseres Patienten oft freundschaftlich besuchte. Unser Patient soll sich seiner Gattin gegenüber oft geäußert haben, daß ihm die sympathische Nachbarin sehr leid täte.

Nun hat allerdings die unsinnige Kausalbeziehung «das Magengeschwür kommt vom Umzug» ein anderes Gesicht bekommen. Beim ersten Entstehen des Ulcus waren, wie so häufig, seelische Erlebnisse neben der allgemein unruhigen Lebensweise mitbeteiligt. Der Patient und seine Gattin haben das gespürt, oder einer der früher behandelnden Aerzte hatte dies etwa auch bestätigt. Die entsprechenden Ereignisse lagen aber weit zurück und waren anscheinend verwunden. Sie wurden von beiden Ehegatten leicht erinnert und ohne besondere Affekte erzählt. Andererseits bot die neue Situation viel Aehnliches zu jener alten. Wieder arbeitet der Patient außer Haus, er hält sich von der Familie fern, vernachlässigt seine Frau, und sogar eine «Dritte», die Sympathie und Mitleid des Patienten zu erregen weiß, sozusagen eine «potentielle .Geliebte», eine «Nachbarsfrau» tritt wieder auf den Plan.

Demnach sagen wir: *Die «Ursache» ist zu deuten wie ein neurotisches Symptom. Sie enthält eine Anspielung auf das traumatisierende Erlebnis* (das eheliche Zerwürfnis und die Untreue des Mannes), ein Ereignis, das - fast wie in einer Analyse - in bedrohliche Nähe des Wiedererlebens gerückt war: *einen Affekt* (das hartnäckige Behaupten der falschen Kausalität). *Es besteht Angst*, es könnte sich doch um eine Wiederholung handeln, denn *der Affektkomplex* von damals (mit den lustvollen Affekten des Triebdurchbruchs beim Mann und den daraus folgenden unlustvollen Affekten beider Ehegatten) *wird assoziativ wiederbelebt* («Wenn die Krankheit, als Strafe, damals auftrat, dann ist ihre Wiederkehr heute, die neue Strafe, ein Zeichen, daß auch das Verbotene wieder geschah; es ist nicht nur ähnlich, es ist dasselbe wie damals!»). Und analog zum Widerstand enthält das Symptom die *beschwörende Aussage*: Es ist ja nicht das, sondern es ist eben etwas ganz Materielles, der anstrengende Umzug.

Während einer Injektionskur mit Larostidin konnte ich mich davon überzeugen, daß die beiden Eheleute sonst durchaus vernünftig zu denken und zu handeln wußten. Ihr einziger auffälliger «Autismus» war jene falsche Kausalbeziehung. Meine Vermutung, daß Angst vor einer Wiederholung der alten unlustvollen Erlebnisse,

575

viel mehr die Angst vor dem Triebdurchbruch bei der «Wiederkehr des Verdrängten» (*S. Freud*) bestünde, mußte eine Hypothese bleiben. Der Rat, der Patient solle seine abendliche Arbeit aufgeben, wurde gerne befolgt. Die falsche Motivierung, die ich nicht mehr zu widerlegen versucht hatte, verschwand und machte bei fortschreitender Heilung des Magengeschwürs jener Platz, daß es sich wohl um Ueberanstrengung im Beruf gehandelt habe. Als ich erfuhr, daß der Patient nun statt der Aushilfsarbeit außer Hause, ebenso anstrengende und abends viel länger dauernde Bastelarbeiten verrichtete, die er daheim ausführte, konnte ich auch an die so naheliegende Ueberanstrengung nicht mehr recht glauben. Ich glaube vielmehr hier ein neues Kompensationssymptom zu sehen, wie es Neurosekranken auszubilden pflegen, wenn die Triebspannung oder die Verdrängungsangst nachläßt und es ihnen möglich wird, ihre Symptome unter teilweisem Verzicht auf ihren Charakter als Triebbefriedigung und Triebabwehr der Realität besser anzugleichen.

Von vielen Einwänden gegen eine Verallgemeinerung dieser Gedankengänge will ich zwei herausgreifen: Daß nicht alle leiblichen Krankheiten eine so offensichtliche und verständliche Mitbedingtheit durch seelische Momente aufweisen, wie das Magengeschwür, daß es also schwer fallen dürfte, auch bei genauer Kenntnis des Falles, ähnliche Mechanismen für die falsche Kausalität bei anderen Krankheiten nachzuweisen. Zweitens, daß doch nicht alle Menschen zu neurotischen Reaktionen bis zu Autismus neigen.

Dem zweiten Einwand ist leicht durch den Hinweis zu begegnen, daß sich eben in der von uns betrachteten Situation sonst seelisch Normale autistisch verhalten: im Inhalt und im Affekt - der falschen Kausalität und dem Fragen bzw. der Unbelehrbarkeit.

Den ersten Einwand müssen wir teilweise gelten lassen. Es gibt Krankheiten (z. B. virulente Infektionen, Erbkrankheiten), bei denen die Psyche des Erkrankten vorerst nichts zur Sache tut. Bei anderen Erkrankungen (z. B. Angina, Appendicitis) ist es bestritten und sicher von Fall zu Fall wechselnd, wie weit unbewußte seelische Motive an der Erkrankung teilhaben. Bei Unfällen endlich gibt es oft eine nachweisbare seelische Unfallbereitschaft und auch «Unfallcharaktere» sind bekannt. Andererseits steht es aber bei diesen Ueberlegungen gar nicht ernsthaft in Frage, woher die Erkrankung kommt. Sondern es ist ein bereits Leidender, der der Ursache seines Leidens nachforscht. Der körperlich Leidende ist aber in seinem seelischen Verhalten bereits verändert. Es ist gleichgültig, ob wir sagen: jede Krankheit hat eine psychische Ueberlagerung,

576

oder: das Leiden verändert den Menschen, oder ob wir vom seelischen Korrelat des Krankseins sprechen.

Auch die engen Beziehungen zwischen somatogener Störung des vegetativen Gleichgewichts und der Psyche bei den verschiedenen Leiden können wir hier nicht näher analysieren. Jenen ist wohl gemeinsam, daß der Mensch ein dumpfes Unbehagen, eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität, eine unbestimmte Bedrohung seiner Existenz empfindet; Gefühle, die der Angst nahe stehen, wenn es auch nur selten zu so einem allgemeinen Vernichtungsgefühl kommt, wie bei der Angina pectoris. Daß nicht nur der Schmerz, wie schon Wilhelm Busch vom Zahnschmerz so treffend schilderte, sondern jede Störung des Befindens das Interesse von der Umwelt abzieht, ist leicht zu beobachten. Wir sagen nach *Freud*, daß Libido vom Objekt abgezogen und das Ich libidinös besetzt wird und daß es zur narzißtischen Regression kommt.

Abgesehen von den direkten Wirkungen des kranken Körpers ist für unsere Ueberlegung ein anderer Faktor wichtig. *Jeder* Kranke gerät in den Zustand relativer Hilflosigkeit. Angewiesen auf Hilfe, die Fürsorge oder wenigstens die Rücksicht seiner Mitmenschen, wird er dem Kinde ähnlich. Er sieht sich dunkeln Gewalten ausgeliefert, die ihn an jene «glückliche Kindheit» gemahnen müßten, in der er wirklich hilflos war, wo wirklich seine Kräfte allein nicht ausreichten, sein Leben zu unterhalten, sondern fürsorgliche, aber unbegreifliche Mächte sein Schicksal leiteten, seine Existenz garantierten. *Jedem* Kranken ist es seinerzeit gelungen, in der Entwicklung stufenweise die Kindheit abzustreifen. Er hat auf die Mutterbrust verzichtet, auf den ungehemmten Schrei bei Schmerz, hat seine Exkrementationen beherrschen gelernt, es aufgeben müssen, im Mittelpunkt der Umwelt zu stehen, hat auf ihre lustvoll liebkosende Berührung bei der



Reinigung und Besorgung verzichtet, verzichtet auch darauf, sich dem bewundernden Auge in unschuldsvoller Blöße darzubieten. All dies geschah weder leicht noch gerne. Angst und Drohung von außen (vor Liebesverlust und damit vor realen Gefahren) haben diesen Weg gewiesen. Eine Drohung, die verinnerlicht wurde, um ständig da zu sein und bittere Erfahrungen zu ersparen. Endlich hat sich eine moralische und zivilisierte Persönlichkeit gebildet, die im Gewissen ihren Hüter hat.

Wir kehren zu unserem ersten Patienten, der an Gelbsucht, an Hepatitis epidemica erkrankt ist, zurück. Er ist tatsächlich in der Lage, sich hilflos und dunklen Mächten ausgeliefert vorzukommen, in seinem Uebelbefinden. Er richtet notgedrungen seine

577

Aufmerksamkeit auf sich, regrediert zum narzißtischen Kinde, ja er gerät in Gefahr, sich wieder ins Bett - in die Wiege - legen zu müssen, eine infantile Nahrung zu nehmen, seine Exkrementationen nicht zu beherrschen, sich von Angehörigen und Fremden körperlich besorgen zu lassen, vor ihnen seinen Körper zu entblößen. Es mag nun geschehen, daß sich der Patient fatalistisch oder gar lustvoll der neuen Lage anpaßt. Wir erkennen den sekundären Krankheitsgewinn.

Doch bei den meisten Patienten werden mit der kindlichen Situation auch Angst und Drohungen erweckt. Der Patient hat ein schlechtes Gewissen, krank zu sein. Er empfindet das lustvoll Verbotene der Hingabe an die Krankheit. Der Kulturmensch findet hier strenge moralische Forderungen, die er ungewollt und unbewußt, oft nur in der Phantasie, immer wieder übertreten hat. Mit der Belebung alter, längst verdrängter Lüste werden alte und neue schlecht beherrschte Ängste wach. Wenn gar die Erkrankung durch einen akuten Konflikt mitbedingt ist, wie etwa bei Angina vor einer Prüfung, dann verstärkt auch dieser Konflikt die unbewußte Drohung.

Unser Patient, dem wir diese psychodynamischen Vorgänge zuschreiben, weiß nichts von alledem. Er fragt nur sinnlos und angstvoll, fast zwanghaft nach der Ursache der Erkrankung. Er wendet Magie an: Wenn es eine jener bekannten und anerkannten Ursachen ist, die mich krank machen, so ist es ja gar keine Strafe; dann gelten ja hier die gesitteten, logischen, erwachsenen Gesetze. Wenn es vom fetten Essen kommt, dann kommt es ja von nichts anderem. Dann kann ja die Krankheit nur leicht sein, es ist nur ein leichter Verstoß; dann ist es nicht jene ungeheure Strafe für uneingestandene unbewußte Sünden.

Besonders deutlich wird der magische Charakter der Fragen, wenn es sich um eine wirklich schwere Krankheit handelt. Eine bedeutungslose Alltäglichkeit wird ihr als Ursache unterschoben. Das soll heißen: es ist ja nur ein Geringes, es kann ja nicht so schlimm um mich stehen; sagen Sie

doch, woher es kommt, dann sehe ich auch, wohin es führt. Wie das Kind die Puppe aus dem Fenster wirft und sich dadurch magisch vom Rivalen befreit, so vernichtet der Kranke mit der «bekannten» Ursache die unbekannte (große, dunkle) Drohung.

Die Fragen, die nach unserer Auffassung als neurotisches Symptom zu betrachten sind, beziehen sich gar nicht auf die reale Erkrankung, sondern auf die *Trieb*situation des Kranken; daher die Unsinnigkeit in der Art sie zu stellen und sie zu beantworten.

578

Als Symptom beinhalten sie *das Verdrängte, die Regression, die Hingabe an das Verbotene im Kranksein, die potentielle Möglichkeit des Genusses am sekundären Krankheitsgewinn, die narzißtische Lustbefriedigung*. Dieses Verdrängte ist unter der Bedingung gestattet, daß *die Angst (das Verdrängende)* durch die Projektion nach außen gebannt wird. Diese Projektion in eine allgemein bekannte, ja geachtete Handlung des täglichen Lebens nenne ich *die Abfuhr im materiell-rationell Erlaubten*. *Es ist auffallend, daß immer wieder dieselben Gründe angeführt werden, wie sie seinerzeit die Eltern den Kindern angaben, und der Arzt wird geradezu in die Rolle der Eltern gedrängt, die seinerzeit dem Kinde an bestimmte Verbote bestimmte Angstdrohungen knüpfen. Die bewußte Angst wird erspart, sie erscheint nur noch im unlogischen Inhalt der Fragen und Antworten, in der beschwörenden und magischen Art sie zu stellen und in der Ablehnung einer rationellen Antwort, die dem Angstkomplex assoziativ ferne stünde und nicht geeignet wäre, die Angst zu binden und zu bannen*. In der *Form der wiederholten, oft auch im Ausdruck ängstlichen Frage* findet der Kranke eine besonders günstige Gelegenheit, gleichzeitig *Angst in kleinen Mengen abzuführen* und seinen unbewußten Zweifel auszudrücken, ob es sich wirklich um eine zufällige körperliche Krankheit und nicht um eine Sühne handle. Die Frage richtet sich an die Autorität des Arztes und stellt einen affektiven Rapport zu ihm her: Wie von unserem Analysanden wird die Erwartung ausgedrückt, der Arzt möge die neurotische Unlust ersparen helfen, indem er sich mit den Fragen beschäftigt, so auch mit der Person des Kranken, ihn so in seinem Narzißmus bestätigt und ihn schließlich für die Schädigung durch Interesse an seiner Person, das heißt Liebe, entschädigt. In der *Form der kausal unsinnigen Antwort* tritt das Moment der Angstabfuhr in kleinen Mengen und das der Uebertragung (der Projektion auf den Arzt) zurück, obwohl auch hier Zustimmung gefordert wird. Dafür ist der unlogische, uneinfühlbare Charakter der Antwort deutlicher. Während das Fragen nur durch die Wiederholung und den Affekt auffällt und eigentlich noch rationell ist, ist die Antwort offen unrationell im Inhalt und Beharren tritt an Stelle der Wiederholung. Der Inhalt der Antwort folgt einer eigenen Logik, die auf ähnlich primitiven Vorstellungen beruht, wie sie hysterischen Lähmungen zugrundeliegen. Das Unbewußte unserer Kranken bedient sich jener in der Kindheit erworbener Vorstellungen

über Krankwerden, von denen wir oben sagten, sie seien mit den Verboten gleichzeitig entstanden und mit ihnen

579

als Affektkomplex verknüpft, mit andern Worten, die Angst hat zur Regression geführt.

Wir haben uns bei dem Versuch, das Phänomen des «sinnlosen» Fragens zu erklären, an das gehalten, was wir aus dem Eingehen auf unsere Patienten (und aus dem Vergleich mit Beobachtungen bei der Psychoanalyse Neurosekranker) erkennen konnten. Wenn wir praktisch auf dieses Symptom nicht eingehen, die körperliche Behandlung des Patienten aber fortsetzen, erleben wird oft, daß sich das Fragen verstärkt, oder daß die Antworten des Patienten den Charakter einer fanatischen Gewißheit annehmen. Ja, selbst nach der Heilung kann beides festgehalten werden. Der begleitende Gefühlston wird jetzt deutlich *aggressiv*. Das Fragen bedeutet jetzt etwa: «Weißt Du überhaupt, was mir fehlt? - Du weißt es selber gar nicht, so wenig wie ich es weiß »; die gefundene «Ursache»: «Deine Antwort ist so läppisch wie meine, ich weiß es nicht - Du weißt es noch weniger!» Diese Einstellung ist die Antwort auf das Erlebnis des Patienten, das sich in die Worte fassen ließe: «Der Doktor will doch nicht hören, wie mir ist!» Oft verschweigen solche Patienten uns wichtige Angaben: «Was hat es da noch für einen Sinn, zu reden.»

Das liebevolle Verhalten, das die Patienten von uns erwarten, ist eben das, sie von den geschilderten unbewußten Ängsten und Schuldgefühlen zu befreien. Die Versagung und Zurückweisung, die sie erleben, wenn wir ihren Wink nicht verstehen, ist der Ausgangspunkt für Aggression aus enttäuschter Erwartung. In der Uebertragungsliebe, die sich in jedem Arzt-Patienten-Verhältnis einstellt, hat der altbekannte Umschlag von Liebe zu Haß stattgefunden. Wir glauben aus unseren Beobachtungen schließen zu dürfen, daß diese negative Gefühlstönung das Phänomen meist nicht ursächlich bedingt, sondern mehr begleitet und überlagert, wie etwa der «sekundäre Krankheitsgewinn» ein hysterisches Symptom. Dafür spricht vor allem der Umstand, daß die gleiche Krankheit verschiedenen Aerzten gegenüber gleich «unsinnig» interpretiert wird, und die ebenso heftige, ja heftigere Ausbildung der Fragerei jenen Aerzten gegenüber, denen man Vertrauen entgegenbringt, als gegenüber anderen, die man weniger schätzt. Es ist nicht zu übersehen, daß unser Symptom sehr geeignet ist, Aggressionen in verstellter Form auszudrücken, welche bestimmte Patienten jeder Autorität, so auch der des Arztes entgegenbringen, und daß die kindliche Form der Angst vor dem Arzt durch Aggression überwunden werden kann. Durch den beschriebenen Vorgang

580

ist es dem Patienten möglich, Mißtrauen, Abneigung und andere negative Gefühle, die im offiziellen Arzt-Patienten-Verhältnis keinen Platz haben, dem Bewußtsein fernzuhalten.

Daß Angehörige dieselben Fragen stellen und bereit sind, dieselben Gründe anzunehmen, beruht einerseits wohl darauf, daß sie sich mit dem Erkrankten identifizieren; es wird ihnen erleichtert, da auch bei ihnen seinerzeit dieselben Vorstellungsinhalte mit dem Begriff der Krankheit verknüpft waren. Daß sie so sehr dazu neigen, beruht aber auf Schuldgefühlen, die sie der Person des Erkrankten gegenüber haben. «Bin ich schuld an der Krankheit meiner Lieben?», ist eine Frage, die man von überbesorgten Müttern und Ehefrauen oft direkt hören kann. Sie darf dann nicht bewußt gedacht werden, wenn tatsächlich wichtige Aggressionen vorhanden sind, weil es sonst einen unerträglichen Konflikt mit den liebevollen Gefühlen und den Forderungen der Familienmoral gäbe. Im Unbewußten haben beide Tendenzen nebeneinander Platz. Sobald eine nahe Gefahr die Erfüllung dieser aggressiven Tendenzen in greifbare Nähe rückt, dient diese Abfuhr im rationell-materiell Erlaubten der Entspannung des Konfliktes. Unser Fall von Ulcuskrankheit gehört hieher.

Es ist eine reizvolle, und für die Führung einer ärztlichen Praxis oft nützliche Aufgabe, zu verfolgen, welche Psychodynamik das sinnlose Fragen bei bestimmten Krankheiten einnimmt, wie verschieden verschiedene Persönlichkeiten, z. B. Primitive, Kinder, Gewissenhafte, zu fragen pflegen, und warum gerade bestimmte Ursachen der Krankheit, z. B. Berufsüberanstrengung, so häufig autistisch gewählt und festgehalten werden.

Bei *Erkrankungen der Geschlechtsorgane* ist es klar, daß die Verbote der Moral, die Angst vor der Strafe leicht wirken können. Wir erinnern an die Konzeptionsangst, Syphilidophobie usw. Die Bannung der Kastrationsangst in einem neurotischen Symptom ist besonders naheliegend, da ja die Erwerbung der Krankheit mit einer Sünde oft eng verknüpft ist. Bei den *Erbkrankheiten* sind wohl besondere Gründe wirksam, daß so häufig und vehement gefragt wird und die erbliche Uebertragung durch eine andere Ursache ersetzt wird. Der Patient müßte seinen Eltern die «Schuld» an seiner Krankheit geben. Wenn wir bedenken, daß damit gesagt wäre, der Vater hat mir dies zugefügt, so verstehen wir, daß lieber eine andere Aetiologie gewählt wird, bei oder weder die Schuld des Oedipus noch seine vollzogene Strafe angetönt wird und bei der tiefverdrängte Haßgefühle, die auch neben bewußten Vorwürfen weiter bestehen können, leichter in der Tiefe bleiben. Andererseits fühlen sich die Eltern, ähnlich wie in den Mythen, an ihren «Kindern und Enkeln bis in das siebente Glied» bestraft. In einem Fall gestand mir ein Vater, dessen ältester Sohn an einem seltenen Erbleiden erkrankt war, daß sein eigener Vater getrunken habe. Es wurde aber nicht, wie wir erwarten würden, die

581

Trunksucht des Vaters angeschuldigt, sondern: der Vater des Erkrankten selbst sei schuld, weil er vor der Ehe, in welcher der kranke Sohn gezeugt wurde, viel onaniert und so seine Zeugungskraft geschwächt habe. Der Hinweis, daß noch ein Bruder des Vaters unseres Patienten die gleiche Krankheit habe, vermochte nicht davon zu überzeugen, daß der trinkende Großvater die Krankheit übertragen habe: Nein, das wolle er nicht glauben, *er* lasse seinen Vater nicht so *beleidigen*; «dann müßte ich ihn ja hassen, so bin ich lieber selbst schuld», wurde wörtlich gesagt. Wir sehen hier eine Parallele zu den neurotischen Patienten, die sich symbolisch mit der vollzogenen Kastration abgefunden haben, um so ihre tief verdrängten Aggressionen gegen den Vater nicht bewußt werden zu lassen.

S. Freud sagt 1916 in seinen Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: «Das Lehrgebäude der Psychoanalyse, das wir geschaffen haben, ist in Wirklichkeit ein Ueberbau, der irgendeinmal auf sein organisches Fundament aufgesetzt werden soll; aber wir kennen dieses noch nicht.»

Die psychosomatische Medizin stellt heute noch kein ausreichendes Fundament für das Lehrgebäude der Psychoanalyse dar. Eine etwas bessere Einsicht in die Zusammenhänge von körperlichem und seelischem Krankheitsgeschehen und besonders in die Hormonlehre hat bisher keineswegs dazu geführt, daß wir neurotische oder diesen ähnliche Konflikte mit somatischen Methoden wirksam behandeln können. Wir sind bei den psychosomatischen Störungen weiterhin auf die Anwendung der psychologischen und psychoanalytischen Behandlungsmethoden angewiesen. Lediglich die Vorstellungen über die Wirkungsweise psychologisch erfaßbarer Vorgänge auf körperliches Krankheitsgeschehen sind stellenweise etwas erweitert worden. Unser Versuch, ein psychologisches Phänomen bei körperlich Kranken zu untersuchen, mag einen Beitrag für die Behandlung mancher Patienten darstellen. Wenn es uns gelingt, unbewußte Angst bewußt zu machen, und wenn wir es dem Patienten erleichtern, seine Angst zu bewältigen, erfüllen wir sicher eine ärztliche Aufgabe. Vielleicht schaffen wir auch bessere Umstände für unsere somatische Therapie. Ueber das «organische Fundament» können wir uns von dieser psychologischen Untersuchung keine Aufschlüsse erwarten.

I. v. Monakow, C., und Morgue, R.: Biolog. Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie, S.148.-- 2. Ebenda S.88.- 3. Bleuler, E.: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin. 2. Aufl., J. Springer, Berlin 1921. -4. Freud, S.: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 8. Aufl., Internat. psychoanalytischer Verlag, 1922.

**Parin 1952**

Das 'sinnlose' Fragen der Patienten. In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 82, 21, 568-582.

---