

367

Paul Parin

Die Indikation zur Analyse*

Freud schrieb 1904 (3): „Die Natur der psychoanalytischen Methode schafft Indikationen und Gegenanzeigen sowohl von seiten der zu behandelnden Personen als auch mit Rücksicht auf das Krankheitsbild.“ 1922 (7) zählte er folgende Krankheitsbilder auf, die im Prinzip der Psychoanalyse zugänglich schienen: Hysterie und Zwangsneurosen, Phobien und Hemmungen, Charakterverbildungen, sexuelle Perversionen, Schwierigkeiten des Liebeslebens.

Ungefähr an diesen Rahmen wollen wir uns mit unseren Betrachtungen halten. Zwar hat *Freud* (4) schon 1905 eine psychoanalytische Behandlung der Psychosen vorhergesagt und 1922 vom gelegentlichen Gelingen der Psychoanalytischen Beeinflussung körperlicher Krankheiten, wir würden heute sagen psychosomatischer Krankheiten, berichtet. Wir wollen aber die Indikation zur Behandlung solcher Störungen nicht besprechen und auch die Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen auslassen.

Eine zweite Beschränkung, der wir uns unterziehen und die teilweise mit der ersten zusammenfällt, ist die, daß wir uns an die Indikation zur eigentlichen psychoanalytischen Kur halten; bei dieser wird mittels freier Assoziationen Unbewußtes dem Bewußtsein zugänglich gemacht. Unter Verwendung der Übertragung werden Widerstände aufgedeckt und überwunden. Eine Erweiterung und Festigung des Ich wird angestrebt.

Suggestive Methoden, welche psychoanalytische Anschauungen und Kenntnisse benützen, und jene Behandlungsarten, bei denen die Gegenübertragung als therapeutisches Mittel im Verhältnis zur Übertragung des Patienten auf den Therapeuten überwiegt, lassen wir aus. Diese Formen ergänzen unser psychotherapeutisches Rüstzeug, haben aber eine andere Indikation als die Psychoanalyse; ihr Anwendungsgebiet erstreckt sich auch zum Teil auf die Behandlung jener Kranken, die wir nicht berücksichtigen.

Innerhalb dieser Grenzen gelten Gegenindikationen, die *Freud* im Lauf der Entwicklung seiner Methodik immer wieder betont hat. Er fand 1905 (4), ein gewisser Bildungsgrad und ein einigermaßen verlässlicher Charakter der zu behandelnden Personen sei unerlässlich. Solche, die sich nicht selbst zur Behandlung gedrängt fühlten, sondern von Angehörigen dazu veranlaßt würden, könne man nicht behandeln. Zur Einleitung der Kur müßten die Patienten eines „Normalzustandes“ fähig sein; Zustände von Verworren-

* Philipp Sarasin zum siebzigsten Geburtstag gewidmet.

368

heit und tiefgreifender Verstimmung seien nicht angebar. Auch akute Zustände, die wegen gefahrdrohender Symptome ein rasches Eingreifen verlangen, wie die hysterische Anorexie, seien ungeeignet. Die nervöse Erschöpfung verunmögliche ein Verfahren, „welches selbst Anstrengungen erfordert, nur langsame Fortschritte zeitigt und auf die Fortdauer der Symptome eine Zeitlang keine Rücksicht nehmen kann“. Schließlich setze die Konstitution eine Grenze für die Heilbarkeit durch Psychoanalyse und eine Altersstufe in der Nähe des fünften Dezenniums schaffe ungünstige Bedingungen, führe zu einer Erstarrung des Seelenlebens, vermindere die Erziehbarkeit und die Fähigkeit, psychische Vorgänge rückgängig zu machen.

Wenn wir vorhaben, uns an die Krankheitsbilder zu halten, die seinerzeit als positive Indikationen galten, und hinzufügen, daß die eben erwähnten Einschränkungen im großen ganzen noch heute Geltung haben, erschiene unsere weitere Beschäftigung mit der Frage beinahe überflüssig. Wir hätten uns höchstens mit einer genaueren Fassung, Erweiterung oder Einschränkung der Indikation zu befassen, die sich aus der seither erreichten Verbesserung unserer psychoanalytischen Technik und der Vermehrung unserer Erfahrung ergeben hätten.

Um unser Verfahren zu rechtfertigen, möchten wir daran erinnern, daß die Diagnose auch sonst in der Medizin für die Indikation zu einer bestimmten Behandlung nicht genügt. Die Diagnose „Lungentuberkulose“ z. B. sagt nichts darüber aus, ob es sich um einen verkalkten Herd handelt, der keine Behandlung erfordert, um eine blande Hilusdrüsenerkrankung, die mit einer einfachen Schonkur angebar ist, um eine cavernöse Tuberkulose, die eine intensive Chemotherapie und später einen großen chirurgischen Eingriff erfordert, oder schließlich um eine tödliche miliare Aussaat. Wir werden uns daran erinnern, daß wir die Diagnose viel genauer umschreiben müssen und daß wir den Verlauf der Krankheit, die Entwicklung zum gegenwärtigen Zustand, die Kondition des Patienten, sein Alter, seinen Allgemeinzustand und so fort, die erbliche Konstitution und die erworbene Disposition in Rechnung stellen müssen. Schließlich wird sich die Indikation zur Behandlung vor allem aus der Abschätzung jenes Kräftespiels stellen lassen, das sich zwischen den Kräften der Krankheit und den Abwehrkräften des Organismus ergeben hat. Ganz analog kann uns die psychiatrische Diagnose keine Sicherheit für die Indikation zur Psychoanalyse geben. Sie muß durch eine dynamische Betrachtung der Persönlichkeit ergänzt werden.

Um zu illustrieren, was ich meine, gebe ich das Beispiel einer psychiatrischen Diagnose; eine unverheiratete 34jährige kaufmännische Angestellte rechtfertige die Diagnose: Hysterische Körpersymptome und seltene hysterische

369

Dämmerzustände bei einer infantilen Persönlichkeit, die, seit jeher unselbständig, an die Mutter gebunden blieb.

Eine Patientin, auf welche diese Diagnose paßt, kann zu ganz verschiedenen „dynamischen“ Diagnosen, zu einer sehr unterschiedlichen Abschätzung des Kräftespiels Anlaß geben. Ich umschreibe kurz zwei einander entgegengesetzte Möglichkeiten.

Die Patientin empfindet ihre Körpersymptome und Dämmerzustände als Fremdkörper, die ihr das Lebensgefühl beeinträchtigen, Vernünftige Anteile ihrer Person haben die Psychogenie längst erkannt; sie hat sich bemüht, damit fertig zu werden. Sie erwartet, der Arzt werde ihr helfen, davon loszukommen, damit sie ihren Lebensaufgaben, der Pflege der kranken Mutter und der Berufsarbeit, ungestörter nachkommen könne. Ihr durchaus infantiler Lebenslauf, in dem sie äußerst unselbständig kaum je einen eigenen Entschluß faßte, ohne die Mutter und zwei Tanten zu fragen (die man doch nicht übergehen und so kränken könne), wird von ihr zwar aus praktischen und moralischen Erwägungen heraus erklärt. Auf andere Möglichkeiten hingewiesen, meint sie aber sogleich, es sei nichts als Ängstlichkeit und Schwäche, die sie in diese Lebenslage gebracht hätten. Sie beweist eine Elastizität des Ich, indem sie von früheren Versuchen berichtet, sich ein eigenes erwachsenes und selbständigeres Leben zu schmieden, ein eigenes Lebensglück zu suchen, und hinzufügt, daß lediglich Anfälle einer ihr unerklärlichen Angst sie daran gehindert hätten.

Immer wieder stößt sie im Gespräch darauf, daß nicht nur Erinnerungen, sondern auch Motive ihres Handelns plötzlich vergessen, unzugänglich, unverständlich werden und daß sie sich darum an ihre Mutter klammern müsse, Der Abwehrmechanismus scheint der der Verdrängung zu sein. Eine Überstrenge des Gewissens und der Moral wird sichtbar, während die Triebwünsche, die man aus reichlich fließenden Träumen, der Beschreibung der Körpersymptome und dem Inhalt der Dämmerzustände erraten zu können glaubt, durchaus dem ödipalen Bereich anzugehören scheinen, wobei recht natürlich anmutende sexuelle genitale Bedürfnisse eine hervorragende Rolle spielen.

Die Trägerin der gleichen oben zitierten psychiatrischen Diagnose mag folgendes Kräftespiel offenbaren: über ihre Symptome spricht sie zwar klagend, aber gleichgültig, mit der „belle indifférence des hystériques“. Sie würde von sich aus keinen Arzt aufsuchen, läßt sich aber zu immer neuen Ärzten schicken und schleppen, die ihr körperliche Kuren verschreiben, denen sie sich halbwegs unterwirft, nicht ohne das Scheitern und die nächsten fruchtlosen Versuche beinahe triumphierend vorauszuahnen. Bei der Mutter bleibe sie, weil die ihr doch nicht gestatte

fortzugehen. Sie könnte sonst das schönste Leben haben, wenn sie sich nicht aufopfern müßte. Auf den Einwand, ob sie denn nie den Versuch gewagt habe, sich ein selbständiges und glückliches Leben zu schaffen, kommt eine Flut paranoid anmutender Anschuldigungen gegen Angehörige, Ärzte und die Allgemeinheit, wie man gerade *sie* krank sein lasse, ihr nichts gestatte usw. Der Abwehrmechanismus der Projektion und jener der Verkehrung von Liebe in Haß scheint neben der Verdrängung eine große Rolle zu spielen. Gewissen und Moral scheinen zwar nicht zu fehlen, aber auch außerhalb der Symptombildungen mehr auf kindlich genaue Erfüllung einzelner Aufgaben als auf irgend etwas allgemein Wichtiges gerichtet; so holt die Patientin einen Kuchen, den die kranke Mutter gerne isst, – „ihr zuliebe“ – täglich in einer entfernten Bäckerei, vergißt aber immer wieder, ihr eine lebenswichtige Medizin zu besorgen. In Träumen und Symptomen kommen, neben Gefühlen und Symbolen des Verlorenseins, heftige Aggressionen und orale Wünsche zum Ausdruck, welche letzte auch sonst, besonders aber in den Dämmerzuständen, ein Hauptanliegen der Patientin bilden. Objekte dieser mehr triebhaften Äußerungen treten kaum hervor. Die Regression auf eine ödipale Problematik läßt sich nicht sogleich nachweisen, wenn man nicht zahlreiche Zeichen einer Haßeinstellung auf die Mutter so deuten wollte.

370

Die psychiatrische Diagnose paßt auf beide Möglichkeiten. Die dynamische Diagnose, die Abschätzung des Kräftespiels ergibt für den ersten Fall eine viel bessere Prognose und eine viel eindeutiger Indikation zur psychoanalytischen Behandlung als für den zweiten Fall. Nicht unabsichtlich habe ich im das Krankheitsbild der Hysterie gewählt. Durch die Gewalt der Verdrängung ist es bei dieser Krankheit ohnehin oft lange nicht möglich, den *Inhalt* der pathogenen Konflikte genau zu erkennen. Die Kenntnis des Inhalts, z. B. Bindung an die Mutter, ödipaler Haß auf die Mutter u. a. vermag zur Stellung der Indikation wenig beizutragen. Zur Ergänzung der psychiatrischen Diagnose versuchen wir abzuschätzen, ob ein vernünftiger, der Realität angepaßter Anteil des Ich vorhanden ist, welche Elastizität das Ich aufweist, einmal bezogene Positionen zu verlassen, welche Abwehrmechanismen gegen Triebansprüche bevorzugt werden, wohin die Libido vorzüglich regrediert ist, ob die Strenge des Überich oder das Ausmaß der infantilen Triebbefriedigung (die Fixierung der Libido) eine größere Rolle spielen. Die dynamische Diagnose, die uns zur Stellung der Indikation helfen soll, berücksichtigt also das Verhältnis des Ich zu Trieb und Überich. Die Abschätzung absoluter quantitativer Faktoren, z. B. die von *Nacht* (13) geforderte Einschätzung der Stärke der Triebe und der Stärke des Ichs, bleibt uns erspart. Eine solche Schätzung wäre zwar äußerst erwünscht. Abgesehen von der allgemeinen

Schwierigkeit, absolute psychische Quantitäten anzugeben, wäre eine solche Schätzung zu Beginn der Analyse wohl immer sehr ungenau.

Die psychiatrische Untersuchung, Exploration, Rekonstruktion des Lebenslaufs, die Beobachtung und die Beschreibung der psychopathologischen Symptome, die zur Stellung einer genauen Diagnose nötig sind, vermögen gewiß in manchen Fällen Anhaltspunkte über die Triebstärke und die Stärke und Elastizität des Ich zu geben. Ich glaube aber in den meisten Fällen auf dieses Verfahren verzichten zu können, ja oft mit Vorteil verzichten zu müssen.

Wenn ich dies ausspreche, bin ich mir bewußt, scheinbar gegen die bewährte medizinische Regel „keine Therapie ohne Diagnose“ zu verstoßen. Ich beeile mich darum, darauf hinzuweisen, daß wir das bekannte psychiatrische Verfahren durch ein anderes ersetzen können.

Wir haben bisher betont, daß uns die Diagnose *allein* keine Auskunft über die Indikation gibt, daß die Einschätzung quantitativer Momente in einer Persönlichkeit unsicher bleibt und daß die Abschätzung der wichtigen dynamischen Verhältnisse mit diesem Verfahren nicht gelingt, die Hauptfrage der Indikation zur psychoanalytischen Behandlung offenbleibt.

371

Zwei Nachteile legen es uns nahe, auf die psychiatrische Untersuchung oft zu verzichten. Der erste Nachteil ist der, daß wir durch die bei einer Exploration unerläßlichen Fragen, durch die oft nötige Befragung der Umgebung zur Objektivierung der Angaben des Patienten und durch die manchmal wünschenswerte Anwendung von Tests (Rorschach u. a.) im Untersuchten ein ganz bestimmtes Bild von uns und unserem Wirken und Wollen, ganz bestimmte Erwartungsvorstellungen über die eventuell folgende Behandlung erzeugen. Mit anderen Worten: wir rufen ganz bestimmte Übertragungsreaktionen hervor und verunmöglichen, daß der Patient seine Abwehr oder seine Gefühle spontan auf uns überträgt. Damit stören wir die folgende Behandlung oder verunmöglichen sie sogar. Ein Patient, der bereit wäre, seine Autoritätsfurcht zu übertragen, wird z. B. durch unser freundliches, tolerantes Wesen bei der Untersuchung daran verhindert. Er wird Schuldgefühle entwickeln und sich von der nächsten besten erreichbaren Autorität von der Behandlung abhalten lassen. Ein anderer mag durch unsere Befragung seiner Angehörigen, durch die Tests, ja schon durch einen leisen Ton des Zweifels in unserer Stimme, wenn wir fragen, in der paranoid gefärbten Erwartung bestärkt werden, man glaube ihm nicht recht und wolle Auskünfte über sein Innenleben ohne seine Zustimmung und ohne seine Mitarbeit erfahren. Er wird uns nicht leicht sein Vertrauen schenken, wenn er in seinen krankhaften Erwartungen gleich zu Beginn recht behalten hat.

Dieser Nachteil läßt sich dadurch reduzieren oder sogar vermeiden, daß ein anderer Arzt die Untersuchung vornimmt, als der, welcher behandeln will. Dem Analytiker mag es schwerfallen, einem Kollegen den Kredit für eine so schwerwiegende Entscheidung zu geben. Dem Patienten wird es selten möglich sein, dem zweiten Arzt, unabhängig vom ersten, mit unverfälschten Übertragungsreaktionen entgegenzutreten.

Der zweite Nachteil des psychiatrischen Verfahrens kann aber auch durch diese Aufgabentrennung nicht vermieden werden. Die Übertragungsfähigkeit, Stärke, Art und Inhalt der ersten spontanen Übertragung können nicht geprüft werden. Dies aber gerade, nach *Glover* (11) das „transference potential“, ist die wichtigste Ergänzung für die früher beschriebene „dynamische Diagnose“, das wichtigste, allerdings auch oft schwer zu schätzende Zeichen für die mehr oder minder große Aussicht, den Patienten erfolgreich psychoanalytisch zu behandeln. Das Verfahren, das *Freud* (5) empfohlen hat, um den Fall kennenzulernen und zu „entscheiden, ob er für die Psychoanalyse geeignet ist“, besteht darin, den Patienten provisorisch, für eine begrenzte Zeit anzunehmen, also mit einer Analyse-Probezeit zu beginnen. *Freud* empfiehlt,

372

während der Probezeit wenig einzugreifen. Er sagt: „Eine andere Art der Erprobung als einen solchen Versuch hat man nicht zur Verfügung; noch so lange fortgesetzte Unterhaltungen und Ausfragungen in der Sprechstunde würden keinen Ersatz bieten.“ Während der Probezeit pflegen sich nur Bruchstücke des Lebenslaufes, allerdings oft in einer für die Konflikte typischen Auswahl, darzubieten. Die Psychopathologie enthüllt sich meist klarer und vollständiger als bei einer Exploration. Der Verzicht auf genaue Kenntnis der Erlebnisse, einschließlich etwaiger erinnerbarer Traumata, wird wettgemacht durch die ungestörte Beobachtung der Übertragungsphänomene. Wir müssen oft auf eine sichere oder vollständige psychiatrische Diagnose verzichten, können aber Kräfteverhältnisse abschätzen, zu einer dynamischen Diagnose und so eher zur Indikation gelangen.

Manche Patienten werden enttäuscht sein, wenn wir ihnen nach einer solchen Probezeit erklären müssen, daß eine psychoanalytische Behandlung nicht angezeigt ist. Die Enttäuschung, etwas Angefangenes aufzugeben, wird bei der psychiatrischen Exploration nicht eintreten. Wenn eine Psychoanalyse nicht in Frage kommt, müssen wir versuchen, eine andere Therapie anzuwenden oder anwenden zu lassen.

Folgende Tabelle stellt beide Verfahren einander gegenüber:

	<i>Psychiatrische Untersuchung (Exploration)</i>	<i>Psychoanalytische Probezeit</i>
<i>Lebenslauf:</i>	vollständig; objektiv nachgeprüft	unvollständig; subjektiv, oft komplexhaft gesichert
<i>Psychopathologische Symptome:</i>	erfaßbar	erfaßbar
<i>Übertragung:</i>	verfälscht (Fragen! Befragungen! Tests!)	spontan (Beobachtung direkt)
<i>Dynamik der Übertragung:</i>	bleibt sehr fraglich	erfaßbar
<i>Psychiatrische Diagnose:</i>	+	fraglich
<i>Dynamische Diagnose:</i>	keine	+
<i>Indikation:</i>	fraglich	+

373

Die hier betonte polare Gegenüberstellung der psychiatrischen Untersuchung und der psychoanalytischen Probezeit wird in der Praxis dann zu einer Annäherung oder Verschmelzung bei der Verfahren führen, wenn die psychiatrische Exploration auch auf die Erforschung der „inneren Lebensgeschichte“ ausgerichtet ist. Von der sogenannten „dynamischen Diagnose“ wird lediglich die Antwort auf die Frage erwartet: Kann dieser Patient jetzt von einem bestimmten Therapeuten mit der psychoanalytischen Methode behandelt werden? Von der psychiatrischen Untersuchung erwarten wir bekanntlich die Antwort auf andere Fragestellungen medizinischer und sozialer Art.

Die psychoanalytische Behandlung ist oft als eine Kunst bezeichnet worden, bei der Einfühlung und Intuition eine größere Rolle spielen als Wissen und rationales Handeln. Während wir aber während der Behandlung oft Zeit haben, unser „Gefühl“ an weiteren Äußerungen des Patienten zu prüfen und unser Tun zu korrigieren, wird während der Probezeit ein klarer und ohne Nachteil für Analytiker und Patient nicht rückgängig zu machender Entschluß verlangt. Der Kunst der Behandlung entspricht die vielleicht noch größere Kunst der Indikationsstellung. Aus wenigen Beobachtungen, ohne die Möglichkeit objektiver Nachprüfung, mit aktiven Eingriffen aus guten Gründen zurückhaltend, wird der Analytiker seine Wahl treffen müssen. Seine Erfahrung und

seine Kenntnisse werden erst durch jene oft schwer faßbaren Momente zur Auswirkung kommen, die wir Intuition nennen.

Von der Analyse der bewußten und unbewußten Motive des Untersuchers her wollen wir in der Folge die Grenzen der Indikation zu beleuchten versuchen. Das ist gewiß ein ungewohntes Verfahren. Wir versprechen uns

davon den Vorteil, jenen schwer faßbaren, teilweise unbewußten Vorgang der Indikationsstellung bis zu einem gewissen Grad bewußtseinsfähig und jeder rationalen Behandlung zugänglich zu machen.

Die Persönlichkeit des Analytikers ist nicht nur das vorzüglichste Instrument der Analyse; seine Eigenart fordert (nach *Ferenczi*) auch ihren Platz unter den Momenten, welche die Aussicht der analytischen Kur beeinflussen, eventuell nach Art von Widerständen erschweren. Alles was den Analytiker bei seiner Indikation beeinflusst, ohne daß es ihm bewußt wird, kann sein Urteil verfälschen und schwerwiegende Folgen haben.

Ein weiterer Vorteil davon, die Frage der Indikation umgekehrt, nach den Motiven des Analytikers statt nach den Eigenschaften des Patienten zu ordnen, liegt darin, daß wir Kenntnisse über unsere Reaktionen auf bestimmte Phänomene, die ein Kranker bietet, vorher erwerben können: Eine gute Kenntnis unseres Untersuchungsinstrumentars und eine klare Eichung seiner Ausschläge kann die Fehlerbreite bei der Abschätzung der Zugänglichkeit des Krankheitsfalles verringern.

Nehmen wir an, ein Analytiker befinde sich bloß in einem Irrtum. Er meine, „leichte, milde, erträgliche“ Symptome seien gleichzusetzen mit einer

374

leicht heilbaren Erkrankung. Dies ist bekanntlich nicht so. Oft sind gerade kaum störende Tics, eine wenig quälende Ejaculatio praecox sehr schwer angehbar. In diesem Fall wird weder die genauere Umschreibung der Diagnose, die ohnehin einfach zu stellen ist, noch die weitere Erforschung der Persönlichkeit des Patienten Klarheit bringen – nur die Berichtigung des Urteils des Analytikers.

Noch deutlicher wird der Sinn unseres Vorgehens, wenn wir einen affektiv bedingten Zustand des Analytikers während der Probezeit annehmen. Er hat diagnostische Anhaltspunkte gewonnen, er besitzt bereits Hinweise für die Übertragungsfähigkeit des Patienten und andere dynamische Faktoren, fühlt sich aber je länger desto mehr verwirrt und kann seine Überlegungen nicht klar ordnen. Erst die Kenntnis davon, daß Unsicherheit im Analytiker die Verwirrung in der Psyche

des Patienten zu spiegeln pflegt, wird ihm den für die Indikation wichtigen Hinweis geben: Der Patient ist verwirrter, als es den Anschein hat.

Die meisten praktizierenden Analytiker müssen durch ihre Tätigkeit den Lebensunterhalt verdienen; sie wollen Geld verdienen. Beim Anfänger wird die Annahme eines neuen Falles unter Umständen über die Hälfte oder ein Drittel des monatlichen Einkommens entscheiden. Sofern der Patient wohlhabend ist, für ihn die üblichen Tarife leicht zu bezahlen sind, wird der Analytiker darauf achten müssen, daß ihn nicht unbewußte Anteile seines bewußten und legitimen Wunsches zu verdienen zu einer Erweiterung der Indikation eines sonst fraglichen Falles führen. Die meisten unter uns werden geneigt sein, gegen höhere Bezahlung auch eine weniger befriedigende oder Erfolg versprechende Arbeit zu leisten. Eine Grenze der Indikation wird da besonders leicht übersehen: Es gibt wohlhabende Neurosekranken, die gewohnt sind, störenden Symptomen mit Kompensationen zu begegnen, die nur das Geld bieten kann, etwa eine Reise nach Südamerika für ein sexuelles Versagen, ein neues Rennauto für eine narzißtische Kränkung. Solchen Personen wird auch die Analyse nichts anderes bieten als einen neuen käuflichen Kompensationsversuch. Die Behandlung wird am Geld, oder vielmehr an der affektiven Einstellung des Kranken zum Geld, scheitern.

Arme Patienten können sich eine private Analyse nicht leisten. Die Erfahrungen zahlreicher Polikliniken, von denen sich *Freud* bereits 1922 (7) Aufklärung in diesem Punkte erwartete, haben gezeigt, daß der Satz „Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun“ keine unbedingte Gültigkeit mehr hat. Eine psychoanalytische Behandlung ohne Bezahlung ist durchaus möglich. Ich selbst habe einige solche Analysen an der Züricher Nervenpoliklinik und

375

seither in meiner Praxis erfolgreich zu Ende geführt. Beruht die Bereitschaft des Arztes, eine unentgeltliche Behandlung anzufangen, allerdings auf einer Reaktionsbildung auf ein unbewußtes Schuldgefühl darüber, daß er von einem armen Kranken auch noch Geld nehme, wird er wenig ausrichten. Der Arzt kann sich selbst leicht prüfen, ob dies der Fall ist. Er mag sich z. B. während der Probezeit fragen: Bin ich bereit, diesem Kranken ca. 200 Arbeitsstunden à 20 Frs., also 4000 Frs., zu schenken und dies meinem Einkommen und meiner Familie zu entziehen?

Ein großes Maß ökonomischen Elends, Verschuldung und außerordentliche finanzielle Belastung des Patienten stellen eine Kontraindikation dar, auch wenn die Not durch die neurotische Erkrankung bedingt ist. Die Sorgen werden den Patienten von der Mitarbeit abhalten, und der sekundäre Gewinn, sich durch neurotisches Versagen den übergroßen Anforderungen zu

entziehen, wird meist nicht zu überwinden sein. Besonders ungünstig ist es, wenn die Durchführung der Behandlung den Schuldenberg vergrößert. In einem solchen Fall schafft jede Behandlungsstunde selbst wieder neue Versagungen, welche die bestehenden Abwehrmechanismen zu einer Erneuerung des Widerstandes veranlassen.

Die Schwierigkeit, Zeit für die Behandlung zu finden, religiöse und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber dieser Behandlungsmethode, die gerade während der Probezeit oft in Erscheinung treten, entpuppen sich viel seltener, als man meinen möchte, als Anlaß zur Kontraindikation. Es gelingt oft leicht zu erkennen, daß sich diese scheinbar unüberwindlichen Hindernisse in den Dienst des Widerstandes gestellt haben. Sie verlieren ihre Bedeutung, wenn es gelingt, dem Patienten den unbewußten Sinn seiner Bedenken zu deuten. Gerade bei solchen Deutungen enthüllt der Kranke oft ein wichtiges Symptom, das uns zur Einschätzung der Behandlungsfähigkeit dient: die Elastizität seines Ichs. Nur wenn der Analytiker mitagiert, entsteht eine scheinbare Gegenindikation. Analytiker, die aus der Behandlungsmethode eine Art Weltanschauung gemacht haben, werden einen Konflikt mit der Weltanschauung des Patienten befürchten, einen solchen herbeiführen oder einem solchen ausweichen. Sie werden sonst dankbare Fälle verlieren und die Erfahrung nie machen, wie gut sich z. B. eine echte Religiosität oder eine traditionsgemäße konfessionelle Bindung mit der psychoanalytischen Behandlung vereinbaren lassen.

Der Wunsch, Leidenden zu helfen, kann als allgemeine Voraussetzung jeder Indikationsstellung angesehen werden. Der Analytiker wird es sich gestatten oder versagen müssen, im jeweils vorliegenden Fall die Erfüllung dieses Wunsches anzustreben. Er wird sich vor Augen halten müssen, daß

376

gerade da, wo sich dieser Helferwille fast unabweisbar anmeldet, die angestrebte sublimierte Befriedigung unbemerkt einen Beitrag an Energie von einer Reaktionsbildung her bezieht: Ich muß dort helfen, wo ich ursprünglich schaden wollte, mir dies aber nicht gestatten konnte. Die unterdrückte aggressive Tendenz wird durch eine Gegenbesetzung ausgeglichen, leiht dieser aber einen Teil der Energie. Besonders leicht wird eine solche irrationale Verfälschung des Helferwillens eintreten, wenn ein persönlicher Komplex des Analytikers mit im Spiele ist. Wenn wir uns zur Indikation für die Behandlung einer alten oder nur bejahrteren Person, als wir es selbst sind, gedrängt fühlen, müssen wir etwa an folgende Bedeutungen denken: der Sohn muß den Eltern helfen, weil er sich schuldig fühlt, sie verlassen zu haben; der Sohn hilft der Mutter, die vom Vater – in der ödipalen Phantasie – grausam behandelt wird, oder er hilft dem Vater, dem er

in der gleichen Phantasie schaden wollte; die Tochter hilft aus ähnlichen unbewußten Motiven der Mutter, welche sie ersetzen wollte, dem Vater, den sie von der Mutter depotenziert oder entmannt glaubte.

Personen um das fünfzigste Lebensjahr haben selten mehr eine Plastizität der psychischen Struktur, die eine wirkliche Umstrukturierung zuläßt, besonders wenn Veränderungen des Charakters und nicht einzelne Symptome das Krankheitsbild ausmachen. Wie *Freud* (8) bemerkte, hat bei manchen Frauen die Libido schon um das dreißigste Lebensjahr unveränderliche Positionen eingenommen und scheint unfähig, sie gegen andere zu verlassen, als hätte die schwierige Entwicklung zur Weiblichkeit die Möglichkeiten der Person erschöpft. Die oben geschilderte Affektlage läßt uns auch leicht übersehen, daß im Alter nicht mehr allzu viele wirkliche Befriedigungen möglich sind, die analytisch aufzudeckenden Versagungen zu kompensieren, so daß die Enttäuschung über ein unwiederbringlich verfehltes Leben oft besser durch ein neurotisches Skotom erspart bleiben sollte.

Schwächere Intelligenzen und leicht Schwachsinnige treffen auch oft auf einen relativ verstärkten Helferwillen. Wir identifizieren uns entweder mit ihnen und wollen so nachträglich uns schwachen Kindern gegen die böse Welt – der Erwachsenen – helfen, oder wir müssen die jüngeren Geschwister, auch unsere eigenen Kinder entschädigen, da wir sie wegen der Frustrationen, die sie uns brachten, gehaßt haben. Wer mit dem affektiven Gehalt der Übertragung zu arbeiten versteht, ohne viel Worte zu machen, kann auch bei Debilen noch manchmal gute Erfolge erzielen. Die Debilität ist ja fast immer auch noch durch neurotische Entwicklungshemmungen der Intelligenz verstärkt, die sich auch bei Erwachsenen manchmal während einer Analyse reversibel zeigen. Neurotische pseudodebile Erwachsene zählen oft zu den am besten mitarbeitenden Analysanden und zeigen häufig

377

vom Beginn der Analyse an eine psychologische Einsicht, die wir bei viel höheren Intelligenzen lange vermissen.

Die Kind-Elternbeziehung des Therapeuten wird besonders leicht bei der Indikation zur Behandlung von Ehekonflikten angesprochen. Meist müssen wir ja entscheiden, welchem der Ehepartner wir „helfen“ müssen. Erkennt ein männlicher Therapeut z. B., daß der Gatte moralisch am Konflikt schuld ist, unter dem seine Frau besonders leidet, daß seine Neurose aber die schwerere, oder auch nur die leichter heilbare wäre, wird er bei der indizierten Behandlung des Mannes Schwierigkeiten in den Gegenübertragung in Rechnung setzen müssen. Dem grausamen Mann sozusagen „gegen“ die schwache und leidende Frau zu helfen, kann zu einer ambivalenten

Gegenübertragung führen, die einen später wünschen lassen mag, man hätte doch lieber den für die Heilung der ehelichen Neurose weniger aussichtsreichen Partner in Behandlung genommen. Eine solche Ambivalenz wird erfahrungsgemäß nicht erst im Verlauf der Analyse, sondern schon während der Probezeit, besonders häufig durch eine homoerotische Bindung des Analytikers an den gleichgeschlechtlichen Patienten ersetzt, die unser Urteil trübt. Bei der Abschätzung der dynamischen Kräfte, die in einem Ehekonflikt wirksam sind, muß man besonders davor gewarnt sein, nach der Schwere der sichtbaren Störungen, z. B. „ein schrecklicher Ehestreit“, zu urteilen. Unbewußte Fixierungen und die mehr oder minder deutliche Ableitung derselben aus Charakterzügen der Ehepartner sind wichtiger.

Eine letzte Situation, die geeignet ist, den Familienkomplex des Analytikers anzusprechen, ergibt sich, wenn ein Kranker behandelt werden will, der eine besonders hohe soziale Position innehat. Die soziale Bewährung des Analytikers, sein ehrgeiziger Wunsch, gerade hier zu wirken, unbewußte phallische und urethrale Tendenzen werden angesprochen. Wenn wir auch oft den Eindruck nicht von der Hand weisen können, daß gerade bei Personen, die im Blickfeld der Öffentlichkeit stehen und die das Geschick der Völker leiten, eine Lösung ihrer inneren Konflikte besonders segensreich wäre, wird doch sehr selten eine psychoanalytische Kur möglich sein. Die hohe Stellung scheint mit dem sekundären Krankheitsgewinn größtenteils identisch zu sein. Leicht hat man den Eindruck, sie wurde nur zur Kompensierung von oder zum Ausweichen vor inneren Schwierigkeiten errungen. Wir können nicht erwarten, daß das errungene Lebensziel aufgegeben oder auch nur in Frage gestellt wird, damit eine vorerst unsichere Heilung erfolgen könne.

Wir wollen dem Analytiker, dessen Qualifikation, seine Behandlung richtig zu planen, ständig in Frage gestellt wird, dessen humane Hilfsbereitschaft relativiert werden muß, nun einmal ein Recht zubilligen. Personen, denen er einen allzu geringen menschlichen Wert zumißt, darf er seine Hilfe ver-

378

sagen. *Freud* (3) schrieb: „Bei wertlosen Personen läßt den Arzt bald das Interesse im Stiche, welches ihn zur Vertiefung in das Seelenleben des Kranken befähigt.“

Der Grundsatz, der für den Arzt Gebot ist, jedem Leidenden zu helfen, wird für eine Behandlungsart ungültig, die ohne volle Anteilnahme an der Person des Patienten undurchführbar ist. Solche wertlosen Personen soll man mit anderen Methoden behandeln, bei denen die Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient weniger intensiv ist. Wer als Analytiker seiner menschlichen Bewertung nur geringen affektiven Gehalt gibt, wird da weitere Indikationen stellen

können, und das Interesse am psychischen Geschehen wird ihn für das Interesse an der Gesamtperson entschädigen.

Da wir Überlegungen abschließen, welche für alle Formen der zu behandelnden Störungen Geltung haben, und zu solchen übergehen, welche mehr einzelne Krankheitstypen oder einzelne Symptome betreffen, wollen wir das Prinzip der Übertragungsfähigkeit noch einmal beleuchten. Der Analytiker ist auf die Übertragung angewiesen, er wird diese entsprechend seiner eigenen Übertragungsfähigkeit oder seiner mehr narzißtischen Art auch mehr oder weniger als affektives Bedürfnis brauchen oder nur schwer übernehmen. Die alte Unterscheidung von Übertragungsneurosen und narzißtischen Neurosen wird uns zu begreifen helfen, ob beim Patienten überhaupt Libido da ist, die der Übertragung zur Verfügung steht, oder ob der Patient nicht, oder nur bedingt übertragungsfähig ist, seine Libido an die eigene Person und an die inneren Konflikte fixiert bleibt. Wichtig ist die qualitative Anschauung, welche die quantitative grobenteils ersetzen kann: Welche Gefühle werden übertragen. Je näher diese den normalen Gefühlen von Liebe und Haß sind, desto leichter wird eine Psychoanalyse sein; je näher einer frühinfantilen „Einverleibung“, je prägenitaler die Ziele der Übertragungswünsche sind, desto schwieriger wird die Behandlung sein. Nehmen wir die Hypochondrie als Beispiel. Je näher die Furcht vor Krankheit einer Bedingungsangst, einer Phobie steht, je mehr eine Hilfe vor dieser vermeintlichen Gefahr erwartet und diese Erwartung in der Übertragung zum Ausdruck gebracht wird, desto besser wird die Behandlung möglich sein. Je mehr sich die hypochondrischen Ideen von der Phobie entfernen, der Befriedigung narzißtischer Bedürfnisse und der Beschwichtigung von Depersonalisationsängsten dienen, desto weniger wird übertragen werden und desto schwieriger wird die Behandlung sein.

Gerade dort, wo die Übertragung wenig heftig ist, wird eine Neigung des Analytikers, aktiv zu sein, leicht in ungünstiger Form bestärkt. Sein Beruf erfordert ohnehin immer ein ungewöhnliches Maß von Zurückhaltung und Geduld. Das ist leichter auszuhalten, wenn man sich mit positiven oder

379

negativen Gefühlen auseinanderzusetzen hat, die an einen herangetragen werden, als wenn der Patient nur offensichtlich schwer leidet, aber gefühlsmäßig nichts von uns erwartet. Die Behandlung von Depressionen ist aber nur aussichtsreich, wenn man auf diese verstärkte Aktivität, die dem Patienten so sehr mangelt, selbst verzichtet. Reaktive Depressionen werden dann gut angebar. Heftige exogene Frustrationen, die eine Depression auslösen, können durch eine Analyse besser verarbeitet werden als geringe aktuelle Frustrationen, die in der Person des

Kranken masochistisch besetzt oder in einer oralen Regression fixiert werden. Diese Züge kennzeichnen besonders Depressionen, die eine starke konstitutionelle Bereitschaft zur Depression aufweisen. Ist die letzte ganz stark, wie bei den „endogenen“ Depressionen, wird die Psychoanalyse nicht indiziert sein.

Akute Suizidneigung zur Zeit des Beginns der Behandlung schließt ein ambulantes psychoanalytisches Verfahren aus. Vorhergehende Suizidversuche ohne akute Gefahr stellen keine Gegenindikation dar, mahnen uns aber nochmals daran, eine die Mitarbeit des Patienten lähmende Aktivität unseres Verhaltens (nicht unserer Deutungen) zu vermeiden und bei neuem Auftreten der Gefahr lieber die Analyse durch ein aktives psychiatrisches Eingreifen zu unterbrechen und nach Abklingen dieser Gefahr die Indikationsstellung neu zu überlegen. Allgemeine Züge von eingreifender und bewirkender Aktivität des Therapeuten können zur Fehlindikation führen, kleinere, wenig störende neurotische Symptome, die keine oder nur eine „kleinere“ palliative Therapie erfordern, mittels der Psychoanalyse zu behandeln; mit Kanonen auf Spatzen zu schießen.

Eine ähnliche aktive Einstellung des Analytikers kann mit einer perfektionistischen Tendenz zusammentreffen, gleichsam keine Neurose ohne analytische Kur bestehen zu lassen. Wenn dazu noch narzißtische Bedürfnisse des Patienten kommen, eine vollkommene Gesundheit zu erwerben, wird man leicht verführt, prognostisch ungünstige und sozial nicht oder wenig störende Charakterneurosen zu behandeln. Oft sind dies Patienten, die zufällig in unsere Sprechstunde gelangen, z. B. Eltern gestörter Kinder. Besonders narzißtische Charaktere dieser Gruppe, dann Frauen mit leicht zwanghaften Charakterzügen und clitoridaler sexueller Fixierung, Männer mit dem einzigen Symptom einer leichten Ejaculatio praecox bieten keine Indikation, da ein ungünstiges Verhältnis zwischen dem erforderlichen Aufwand und der Wahrscheinlichkeit und dem Wert des Erfolges besteht.

Ähnlicher Übereifer für die psychoanalytische Methode kann bei der Auswahl körperlich Kranker für die analytische Behandlung die noch junge psychosomatische Disziplin in Mißkredit bringen. Diese hat bereits ihre

380

eigene Indikationsstellung, auf die wir hier nicht eingehen können. Wir möchten nur daran erinnern, daß die Veränderung einer Organfunktion nicht „analysiert“ werden kann, weil sie keinen unbewußten Sinn hat. Die Haltung, welche eine solche Veränderung erzeugt, kann unter Umständen analysiert werden.

Die Indikation zur Psychoanalyse kann in einem besonderen Fall einer Kapitulation vor einem viel einfacheren Problem gleichkommen, das zahlreiche Analytiker nicht beherrschen.

Aktualneurosen sind, wie besonders *Brun* (1) immer wieder betont hat, zu Beginn durch einen beratenden Eingriff, eventuell unterstützt von medikamentöser Behandlung, gut und rasch heilbar. Es handelt sich darum, die Angst auslösende akute Libidostauung zu beseitigen. Erst wenn sich die Angst einer bereitliegenden neurotischen Disposition bemächtigt hat und sekundär verarbeitet wurde, kann eine Analyse am Platz sein. Dies ist nicht immer von Anfang an der Fall, wie *Nacht* (13) und andere Autoren angeben. Wir dürfen durch Einleitung einer Analyse den Zeitpunkt für den einfacheren Eingriff nicht versäumen.

Akute Angstzustände stellen nur dann eine Gegenindikation dar, wenn kein vernünftiger Anteil des Ich mehr vorhanden ist, mit dem wir in Beziehung treten können. Sofern die Angst unerträglich ist, sehe ich keine Gegenanzeige, den Beginn der Analyse, durch Gaben von Beruhigungs- und Schlafmitteln zu ermöglichen. Nach allerdings noch zu wenig zahlreichen Beobachtungen zu urteilen, sind dabei Brom und Luminal den spezifischen Erfordernissen der Analyse weniger hinderlich als die wirksameren neuen Entspannungsmittel.

Neben der besprochenen allgemeinen Aktivität vermag ein nicht so seltener Charakterzug des Analytikers seine Indikation zu verfälschen: der Hang des Arztes, zuviel zu reden. Ob wir darin den Ausdruck oraler Kaptivität sehen oder eine Reaktion auf orale Frustrierung in einem Redeberuf, in dem man zu langem Schweigen verurteilt ist, immer wird ein solches Verhalten während der Probezeit die Übertragungsphänomene verfälschen. Der Widerstand zu schweigen, innere Vorgänge von einer verbalen Äußerung abzusperren, kann sehr tief als Charakterhaltung fixiert sein und wird dann den Versuch einer Psychoanalyse illusorisch erscheinen lassen.

Gerade ein gesundes volles Lebensgefühl des Arztes, ein auf Toleranz ausgerichtetes Ichideal, eine genitale sexuelle Organisation werden die beste Voraussetzung bilden, daß Hemmungen des Patienten behoben werden können. Die gleichen Qualitäten werden bei der Indikationsstellung leicht dazu beitragen, Schwierigkeiten auf diesem Gebiet zu übersehen. überall da, wo die Hemmung nicht die Folge einer Symptombildung ist, bildet sie eine letzte Verteidigung des Ich gegen den Triebanspruch, ist sie ursprünglich

381

psychosexuell gerichtet. Es wird sich die Frage stellen: Ist eine Störung der männlichen Potenz; eine Frigidität eine einfache Hemmung oder Ausdruck einer allgemeinen neurotischen Störung der Liebesfähigkeit. Jedenfalls entspricht die Schwere der sexuellen Störung nicht immer der Schwere der Neurose, manchmal überhaupt keiner Neurose, sondern es können starke prägenitale

Fixierungen, eine Psychose oder eine somatische Krankheit zugrunde liegen. Die häufigen Arbeitshemmungen verdienen überhaupt selten den Namen einer Hemmung. Es handelt sich um sekundäre Bildungen, die analysiert werden müssen; erst dann werden Ängste und scheinbar neue Symptombildungen sichtbar. Der „gehemmte Mensch“ schließlich entspricht häufig einem Charakter, der sich um das Symptom der Erythrophobie strukturiert. Die Verwechslung mit einer einfachen Phobie liegt nahe, bis man, häufig zu spät beim Mißlingen der Analyse, gewahr wird, daß das Ich dieser Patienten besonders insuffizient ist, keine Schuld aushält, diese und heftige Schamgefühle durch Projektion abwehrt, kurz, daß der gehemmte Patient eine paranoide Unterstruktur aufweist, die seine Behandlungsfähigkeit mittels der Psychoanalyse in Frage stellt, vielmehr ein Vorgehen wie bei Psychosen erfordert.

Der Analytiker wird sich in der Indikationsstellung bei einer Konversionshysterie, einer Hysterie, die mit Zwangssymptomen untermischt ist, und bei Phobien (nach der alten Bezeichnung Angsthysterie) relativ sicher fühlen. Er wird die flammende Liebesübertragung als gutes Arbeitswerkzeug begrüßen. Eine Reihe weiblicher Patienten dieser Gruppe wird der Bearbeitung dieser Übertragung unzugänglich und psychoanalytisch nicht heilbar sein. *Freud* sagt über diese (5): „Es sind das Frauen von elementarer Leidenschaftlichkeit, welche keine Surrogate vertragen, Naturkinder, die das Psychische nicht für das Materielle nehmen wollen, die nach des Dichters Worten nur zugänglich sind „für Suppenlogik mit Knödelargumenten“. Bei diesen Personen steht man vor der Wahl: entweder Gegenliebe zeigen oder die volle Feindschaft des verschmähten Weibes auf sich laden. In keinem von beiden Fällen kann man die Interessen der Kur wahrnehmen. Man muß sich erfolglos zurückziehen und kann sich etwa das Problem vorhalten, wie sich die Fähigkeit zur Neurose mit so unbeugsamer Liebesbedürftigkeit vereinigt.“ Dort, wo die Hysterie dazu dient, einen unerträglichen realen Konflikt zu verdrängen, und dort, wo der sekundäre Krankheitsgewinn so groß ist, daß nur noch die Umgebung statt des Patienten Leid empfindet, wird vom Versuch einer Behandlung abzuraten sein.

Die sogenannten hysterischen Tics sind selten echte Konversionssymptome. Sie entsprechen der Hemmung einer Teilfunktion des Ich. Orale und andere prägenitale Fixierungen sind im Symptomgebunden. über die Be-

handelbarkeit entscheidet, ob genügend Libido für die Übertragung übrigbleibt. Auch da wird man erleben können, daß das Symptom nicht aufgegeben wird oder daß an seiner Stelle die prägenitalen Partialtriebe unbearbeitet und psychoseartig das Ich überschwemmen. Starke

prägenitale Fixierungen verschlechtern überhaupt die Prognose von Fällen aus dieser Gruppe sonst gut angehabter Neurosen.

Die Ausbildung des Therapeuten leistet der Meinung Vorschub, Zwangsneurosen müßten immer leicht zu heilen sein, weil sie schon von Anfang an intellektuell klar durchschaubar sind. Die Wiederkehr des Verdrängten und der besondere Kompromißcharakter des Zwangssymptoms zwischen Abgewehrtem und Abwehr sind dafür verantwortlich. Man vermeidet es am besten, diesem ersten Eindruck blind zu folgen, wenn man sich folgende Ausnahmen vor Augen hält: Zwangsneurosen, die die phallische Phase nie erreicht haben, benötigen eine sehr lange Zeit der Restitution; solche, bei denen die Zwangsstruktur als Abwehr gegen tiefere archaische Ängste dient, die von einem archaischen Überich, dem Abkömmling sehr früher Introjekte, unterhalten werden, bleiben besser unbehandelt. Schließlich sind Endzustände wenig erfolgversprechend, bieten aber für irgendeine andere Behandlung noch weniger Aussicht. Da es sich um äußerst quälende Zustände handelt, wird man die Indikation doch immer wieder stellen.

Der Zwangscharakter diene als Beispiel für die zahlreichen anderen „Charakterneurosen“. Für ihn sind die Einschränkungen der Indikation im Prinzip die gleichen wie für die Zwangsneurose, jedoch eher noch schwerer zu bewerten. Eine ähnliche Relation gilt, grob gesprochen, für alle neurotischen Charaktere, die einer Symptomneurose entsprechen: den hysterischen, den phobischen Charakter und so fort. Es ist unmöglich, auf die Indikation bei den Charakterstörungen im einzelnen einzugehen. Sie sind individuell allzu verschieden gelagert. Eine Einteilung, wie die von *W. Reich* (14), dient mehr dem Verständnis und sagt nichts über die Behandelbarkeit aus. Die dynamische Betrachtung allein wird Anhaltspunkte gewinnen lassen. Erschwerend wirkt in allen Fällen der Umstand, daß wir einen Anteil des Ich der Patienten, in dem die krankhaften Abwehrmechanismen zur sogenannten Charakterpanzerung erstarrt sind, für eine lange Zeit zum Gegner statt zum Verbündeten in der Therapie haben werden. Andererseits sind gerade diese häufigen und manchmal sehr schweren Störungen irgendeiner anderen Behandlung völlig unzugänglich und werden darum eine erweiterte Indikation rechtfertigen. Ähnlich wie bei den Zwangsneurosen scheint uns der Sinn der Störung bei gewissen Perversionen (z. B. dem Fetischismus, der sadomasochistischen Sexualperversion) klar auf der Hand zu liegen. Wir dürfen nicht übersehen,

383

daß wir erst das Ich analysieren müssen, daß das perverse Verhalten aus einer sexualisierten und selbstbefriedigenden Abwehr entstanden ist. Es ergeben sich oft Widerstände, die voraussichtlich

nur dann überwunden werden können, wenn ein anderer Teil des Ich leidend dem die kompromißartige Abwehr genießenden gegenübersteht.

Auch Süchtige, die das klare Bild einer die Sucht verursachenden Neurose bieten, täuschen eine bessere Prognose vor. Wir könnten die Neurose wohl heilen, scheitern aber leicht daran, daß ein Rückfall in die Sucht alle Spannungen ausgleicht und das alte neurotische Gleichgewicht wiederherstellt. Inveterierte Fälle mit toxischer Hirnschädigung und Desintegration der Persönlichkeit sind ganz auszuschließen.

Für Süchtige und andere Drangzustände empfiehlt sich eine vorbereitende Internierungsphase und Einleitung der Behandlung in der Anstalt. Diese psychiatrische Vorbereitung hat die Aufgabe des Erziehens, Eindämmens

und Dominierens, die der Analytiker nicht gleichzeitig in der Analyse durchführen kann. Seine Tendenz dazu wird ohnehin durch das Agieren vieler Patienten, besonders mancher Charakterneurosen, stark provoziert. Die Tendenz zu agieren, die oft zum Abbruch einer Kur führt, kann leider zu Beginn fast nie richtig eingeschätzt werden. Sonst wären wir sicher imstande, stark dazu neigende Patienten auszuschließen oder durch Anwendung einer psychiatrischen Internierung zu Beginn doch noch erfolgreich zu behandeln. Die Tendenz des Analytikers, sich mit Rebellen zu identifizieren, kann ihn dazu veranlassen, bestimmte Psychopathen in Behandlung zu nehmen. Es sind bei manchen auch Heilungen mit der psychoanalytischen Methode allein erzielt worden, so von *Lindner* (12) bei Behandlungen Verurteilter, die im Zuchthaus durchgeführt wurden. Unter unseren Verhältnissen werden mit der Psychoanalyse höchstens gewisse Besserungen zu erzielen sein, wenn nicht die Gegenaggression des Analytikers wegen der Enttäuschungen an der Unhaltbarkeit seiner Gegenidentifikation der Kur früh ein Ende setzt.

Die Identifikationstendenz mit echten Infantilen, die aus der Abwehr sexueller Strebungen zu entstehen vermag, trifft nicht ungünstig auf diese Störungen, die nach der Befreiung von neurotischen Mechanismen oft eine überraschend gute Nachentwicklung zeigen; dies gilt nur für Entwicklungshemmungen der kindlichen Psyche. Sind jedoch neurotische Symptome seit der Kindheit unverändert beibehalten worden, wird die Indikation bei jeder Störung fragwürdiger. Je längere Zeit seit dem Ausbruch der Krankheit verflossen ist, desto schwieriger wird sich die Behandlung gestalten.

Unbewußte Identifikationen geben auch oft den Anlaß, latent oder mani-

fest homosexuelle Patienten in Behandlung zu nehmen. Bei den letzten hängt die Aussicht auf Erfolg davon ab, ob die Inversion eine volle Befriedigung gebracht hat und der Patient nur aus sekundären Gründen in Behandlung kommt. In diesem Fall ist die Indikation sehr fraglich. Die spezielle Form der Störung – mehr aktiv oder passiv u. ä. – spielt eine geringere Rolle.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, daß wir Analytiker nicht beleidigt sein dürfen, wenn wir bemerken, daß in unsere Aufgabe eigene Tendenzen hineinspielen, deren Aufdeckung als narzißtische Kränkung wirkt. Beleidigt sein ist uns bei der Therapie hinderlich. Schon wenn uns der Patient von Anfang jeden Glauben verweigert und äußerste Skepsis entgegenbringt, haben wir die Möglichkeit, ihm eine Chance zu bieten und ihm zu zeigen, daß hinter seinem „ich will nicht“ oft sein „ich kann nicht“ verborgen ist.

Ein moralischer Masochismus des Analytikers kann nach zwei Seiten hin seine Indikationsstellung verfälschen. Als Assistent eines Chefs an einer Klinik oder Poliklinik und als Analysand oder Kontrollanalysand eines älteren Kollegen kann er, seine Abhängigkeit agierend, dazu veranlaßt werden, ungünstig liegende Fälle, die ihm sein Meister „zuschickt“, zu übernehmen und sich ihm zuliebe mit diesen Patienten abzuplagen. Der reaktive Sadismus wird auch auf seine Rechnung kommen. Nach der anderen Seite ist die Übernahme und die Weiterführung schwieriger stagnierender Fälle manchmal nur aus einer solchen masochistischen Haltung zu erklären – oder aus der entgegengesetzten analen und grausamen Hartnäckigkeit: es dem früheren Analytiker oder dem widerstrebenden Patienten zu zeigen, daß man der Stärkere ist. Eine optimistische Haltung des Therapeuten kann leicht in eine sadistische umschlagen, wenn der Patient sich als schwerer moralischer Masochist entpuppt. Die Lebenslinie derjenigen, „die am Erfolge scheitern“, wird schon in der Probezeit erkennbar sein. Obwohl auch diese Patienten die negative therapeutische Reaktion zu entwickeln pflegen, auf jeden Fortschritt mit einer neuerlichen Verschlechterung zu antworten, sind sie noch leichter zu behandeln als jene, bei denen ein Großteil der Libido ein negatives Ziel, Leid statt Befriedigung anzustreben scheint. Eine sehr konsequente Analyse der Charakterhaltungen und der in ihnen fixierten Abwehrmechanismen wird auch bei jenen Patienten noch Wirkungen erzielen, deren durchgehende negative therapeutische Reaktion *Freud* seinerzeit mit Anlaß gab, seine Hypothese vom Todestrieb aufzustellen. Fast ebenso hartnäckig können chronische Ressentimenthaltungen als Reaktion auf Kastrationsängste und ähnliche Bedrohungen des Ich sein. Sie sind aber meist schon zu Beginn viel

leichter zu erkennen, und die Wendung der Aggression nach außen läßt die Suizidgefahr bei der Bearbeitung der Widerstände des Ich nicht hinderlich in Erscheinung treten. Auch wird durch diese Patienten auf seiten des Analytikers zur Zeit der Indikationsstellung nicht leimt ein unbewußter Sadismus mobilisiert, wie durch die masochistischen Charaktere. Eher schon ist man geneigt, die Analyse so zu planen, daß sie einen Ersatz für die erlittene und demonstrierte Schädigung bietet.

Freud (9, 10) hat zuletzt zwei besondere Schwierigkeiten hervorgehoben, die sich einer restlosen Auflösung der Neurose entgegenstellen können. Das eine ist das Sträuben des männlichen Patienten gegen seine passive oder feminine Einstellung zum anderen Mann; der Patient will vom Arzt die Heilung nicht annehmen. Wir sprechen auch von einer sekundär-narzißtischen oder phallischen Persönlichkeit. Der Patient entfaltet von Anbeginn einen Kampf oder Wettstreit mit dem Analytiker, der allerdings nur ein scheinbarer Gegner bleibt; das wirklich Bekämpfte sind die verdrängten passiven Neigungen. Ganz unglücklich wird die Prognose, wenn der Analytiker sich mit dem Patienten zu messen beginnt, sich mutig daranmacht, dem Patienten den zur Schau getragenen falschen Phallus schon während der Probezeit abzuringen. Der andere Fall ist der der „Ablehnung der Weiblichkeit“ unter der Form des Penisneides. Solche Frauen beginnen die Analyse oft in der unbewußten Hoffnung, das vermißte Organ in der Psychoanalyse doch noch zu erhalten. Gemeinsam ist beiden Fällen, daß sie bei den verschiedensten neurotischen Störungen auftreten können und daß bei beiden der gegengeschlechtliche Anteil der Triebanlage verdrängt wird. Beide sind auch während der Probezeit unschwer zu beobachten, liegen so zutage, daß *Adler* mit seiner „Kompensation des Minderwertigkeitskomplexes“ und im „männlichen Protest“ ein Grundproblem jeder Neurose zu sehen meinte. In der restlosen Verarbeitung dieser respektiven Störungen sah *Ferenczi* ein wichtiges Kriterium

für das Gelingen jeder Psychoanalyse. So leicht wir diese Fixierungen auch diagnostizieren und so viele therapeutische Versuche an ihnen auch schon gescheitert sind, weiß im doch kein sicheres Kriterium anzugeben, wie man ihre Hartnäckigkeit zu Beginn abschätzen kann. In manchen Fällen wird die Wahl eines weiblichen Therapeuten, der meist nicht spontan aufgesucht, sondern eher vermieden und abgelehnt wird, eine störungsfreie Übertragung ermöglichen. Mit der Frau muß der „Rivale“ nicht kämpfen, von einer solchen wird die Protestierende eine Restitution weniger erwarten, die Weiblichkeit eher annehmen.

Ich muß noch jene Patienten erwähnen, die mit einer selbstgestellten Gegenindikation die Psychoanalyse aufzusuchen pflegen: Künstler und Dichter fürchten oft, eine Analyse könnte die Quelle ihres künstlerischen Schaffens

386

zum Versiegen bringen. Das komplexe Problem von Psychoanalyse und Kunst kann ich hier nicht aufrollen. Ich meine, daß wir nach bisherigen günstigen Erfahrungen und theoretischen Überlegungen das Recht haben, eine Analyse anzufangen, wenn ein Künstler so lange und so schwer krank ist, daß er seine Kunst ohnehin nicht ausüben kann.

Zum Schluß noch einige Überlegungen allgemeiner Art: Bei der Indikation sollte unser Bestreben, das Kranke zu heilen, ein Leben in Ordnung zu bringen, durch den Blick auf die Grenzen der natürlichen Anlage gezügelt werden, mehr noch durch eine skeptische Betrachtung der menschlichen Institutionen. Mit anderen Worten: Wir müssen uns überlegen, ob wir „neurotisches in gemeines Elend“ verwandeln wollen.

Freud (8) sagt: „Die Erwartung, alles Neurotische heilen zu können, ist mir der Abkunft verdächtig von jenem Laienglauben, daß die Neurosen etwas ganz Überflüssiges sind, was überhaupt kein Recht hat, zu existieren. In Wahrheit sind sie schwere, konstitutionell fixierte Affektionen, die sich selten auf einige Ausbrüche beschränken, meist über lange Lebensperioden oder das ganze Leben anhalten.“

Heute meinen manche Analytiker, eine in ihren Anforderungen an Arzt und Patient so anspruchsvolle Behandlung sei nur bei einer von vornherein guten Prognose gerechtfertigt; andere weisen darauf hin, daß diese Methode auch bei prognostisch schlechten Fällen angewendet werden müsse, die vielleicht nur eine geringe Besserung versprechen – weil bei diesen oft kein anderes Hilfsmittel zur Verfügung steht. Die Sorge um den Ruf der noch umstrittenen Wissenschaft, das Mißverhältnis zwischen der großen Zahl der Kranken und der kleinen Zahl so ausgebildeter Ärzte würde für die erste Meinung sprechen, die herkömmliche ärztliche Auffassung für die zweite. Den Nebenzweck der wissenschaftlichen Bearbeitung auch ungünstig liegender Analysen darf meines Erachtens nur der in der Indikation berücksichtigen, der auch gewillt ist, seine Beobachtungen der wissenschaftlichen Bearbeitung zu unterziehen.

Wenn ein Analytiker die Berufung verspürt, sich gerade nahezu unheilbar Kranker anzunehmen, so vermag über diesen Entschluß die Indikationsstellung nichts auszusagen. Wir werden ihn hochschätzen, auch wenn wir seine Motive nicht teilen.

Zusammenfassung:

Innerhalb der von Freud angegebenen Indikationen und Gegenindikationen wird die Beachtung dynamischer Faktoren, die sich während einer Probezeit zeigen, eher als die psychiatrische Diagnose allein, dazu führen, daß

387

man die Anzeige zur Psychoanalyse richtig stellt. Ausgehend von typischen Haltungen des Analytikers seinen Patienten gegenüber, wird versucht, zu bestimmen, ob diese psychoanalytisch behandelt werden sollen.

Summary:

A dynamic approach applied during a preliminary period of probational analysis may help to arrive at a stricter evaluation of the psychoanalytic accessibility than an exclusively psychiatric procedure would yield. Typical attitudes of the analyst towards his patients are checked as to their contribution to the problem of indication within the limits given by Freud.

(Anschrift: des Verfassers: Dr. Paul Parin, Zürich, Utoquai 41.)

LITERATUR

1. *Brun, R.*: Allgemeine Neurosenlehre. 2. Aufl., Benno Schwabe u. Co., Basel, 1946.
2. *Fenichel, O.*: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge & Kegan Ltd., London, 1946.
3. *Freud, S.*: Über Psychotherapie. V. Bd., Imago Publ., London, 1904.
4. – Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). V. Bd., Imago Publ., London, 1905.
5. – Bemerkungen über die Übertragungsliebe. X. Bd., Imago Publ., London, 1915.
6. – Vorlesungen Zur Einführung in die Psychoanalyse. XI. Bd., Imago Publ., London, 1916.
7. – „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“. XIII. Bd., Imago Publ., London, 1922.
8. – Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. XV. Bd., Imago Publ., London, 1933.
9. – Die endliche und die unendliche Analyse. XVI. Bd., Imago Publ., London, 1937.
10. – Abriß der Psychoanalyse. XVII. Bd., Imago Publ., London, 1938.
11. *Glover, E.*: The Technique of Psycho-analysis. Baillière, Tindall & Cox, London, 1955.
12. *Lindner, R.*: Rebel without a Cause. Grune and Stratton, New York, 1944.
13. *Nacht, S. et Lebovici, S.*: Indications et contre-indications de la psychanalyse. Revue Franç. de Psychan., 1955.
14. *Reich, W.*: Charakteranalyse. 1933.