

56

Paul Parin

Aus der psychoanalytischen Behandlung einer schweren Sexualstörung

Vorbemerkung des Verfassers - 40 Jahre später

Ich selber wäre nicht auf den Gedanken gekommen, diesen Aufsatz wieder zu veröffentlichen. Es ist die Arbeit eines Anfängers, niedergeschrieben 1955; die Behandlung hat 1950/51 stattgefunden.

Meine psychoanalytische Ausbildung habe ich im Herbst 1946 in Zürich mit der Analyse bei Professor Rudolf Brun begonnen, die ersten Analysen 1948 angefangen. Ich sah die Analysanden im bescheidenen möblierten Zimmer eines Aftermieters (schweiz. für Untermieter), meist nach sieben Uhr abends, weil ich als Assistent einer Universitätsklinik während der normalen Arbeitszeit keine „bezahlte“ oder „zeitraubende“ Arbeit annehmen durfte.

Erst im Gespräch mit Volkmar Sigusch leuchtete es mir ein, daß der Aufsatz für die Sexualforschung von Interesse ist; im Titel heißt es ja: „... einer schweren Sexualstörung“. Mir war die Behandlung von Karl D. als eine Psychotherapie im Gedächtnis geblieben, die zwar erfolgreich war, aber allein deshalb für die Psychoanalyse „wissenschaftlich“ nicht von Wert sein konnte, weil die Therapie aus praktischen Gründen abgebrochen wurde, bevor sich die Psychogenese so weit klären ließ, wie es in längeren Analysen oft möglich ist.

Vielleicht sind es gerade Nebenumstände, der zeitliche Horizont und die Entstehung des Behandlungsberichts, die ein Interesse beanspruchen können. Davon will ich einiges erzählen, beginnend mit einer Vermutung: Es mag sein, daß Volkmar Sigusch gemeint hat, es sei noch immer nicht genügend bekannt, daß scheinbar schwere Störungen des Sexuallebens am ehesten mit einer psychoanalytisch orientierten Therapie behoben werden können – und daß er mit dem Neudruck daran erinnern wollte.

Dies zu betonen war für Heinrich Meng das Motiv, den Fallbericht in seinen Sammelband „Psyche und Hormon“ (1960) aufzunehmen. Meng war in Frankfurt am Main ein prominenter Nervenarzt und Psychoanalytiker gewesen, Mitarbeiter der kritischen Theoretiker Max Horkheimer und Theodor W. Adorno, bevor er 1933 als „Sozialist“ in die Schweiz emigrieren mußte. Die Universität Basel richtete für ihn den Lehrstuhl für Psychohygiene ein. Die Psychoanalyse praktizierte und lehrte er weiter, von seinen sozialistischen Anschauungen sprach er nie, und auch den zahlreichen Publikationen zur Psychohygiene ist kaum anzumerken, daß sie

ein (ehemaliger) Sozialist verfaßt hat. Das wirft ein Licht auf die damalige geistige Verfassung der Schweiz.

Aus Mengs Eifer, die Bedeutung der Freudschen Psychoanalyse zu unterstreichen, ergaben sich bei der Redaktion des Textes Meinungsverschiedenhei-

57

ten zwischen dem alten und dem damals jungen Analytiker. Meng wünschte, den Aufsatz als Beispiel für eine gelungene Psychoanalyse zu bezeichnen, ich bestand darauf, daß es „psychoanalytische Therapie“ heißen sollte, weil ich wiederholt von den gültigen psychoanalytischen Arbeitsregeln abgewichen war und die Behandlung nach 67 Sitzungen abgeschlossen hatte. Im Text findet sich der Kompromiß, zu dem wir gekommen sind.

Einen anderen Zwist habe ich heraufbeschworen, als mir die Druckfahnen des Buches vorlagen. In einem physiologisch orientierten Aufsatz fand sich ein Exkurs über die Schädlichkeit der Onanie. Ich bat Professor Meng, den Unsinn korrigieren zu lassen; er meinte, er könne den berühmten Autor nicht zensurieren. Erst als ich drohte, meinen Beitrag zurückzuziehen, entschloß er sich, den Autor zu bitten, jene Sätze zu streichen, was auch geschah.

Die Falldarstellung hatte ich nicht verfaßt, um sie zu veröffentlichen, sondern als Bericht für den Rechtsanwalt, Dr. A. B. in Zürich, der mir den Patienten überwiesen hatte. Dieser Anwalt übernahm damals die Verteidigung in zahlreichen Strafverfahren wegen Sexualdelikten, darunter viele als amtlich bestellter Verteidiger. Er war überzeugt, daß es sich in jedem Fall um ein krankhaftes und deshalb behandlungsbedürftiges Sexualverhalten handle, holte aber nie ein psychiatrisches Gutachten ein. Ein Gutachter helfe nur dem Gericht, aber niemals dem Täter. (Wie ich mit den Gerichtsakten verfahren bin, steht im Bericht.) Statt dessen sprach der Jurist so lange mit dem Klienten, bis er imstande war, im Plädoyer eine einleuchtende Darstellung der Probleme des Angeklagten zu geben. Wie in diesem Fall folgten die Richter fast ausnahmslos den Argumenten des ungewöhnlich hilfreichen Verteidigers und ordneten in der Regel als „Maßnahme“ nicht nur irgendeine psychiatrische Behandlung an, sondern die vom Anwalt vorgeschlagene (z. B. psychoanalytisch orientierte oder stützende) Therapie oder Freudsche Psychoanalyse bei Dr. X oder Frau Dr. Y. und dergleichen.

Der Gutachter eines Sexualstraftäters ist immer ungeeignet für eine Psychotherapie des Begutachteten. Allein die Erhebung der Anamnese rückt Gutachter oder Gutachterin für den Patienten unbewußt – oder auch bewußt – in die Reihe seiner Richter und/oder Verfolger. In zahlreichen Therapien habe ich jedoch die Erfahrung gemacht, daß allein die Tatsache, daß ein Gutachten angefertigt worden ist, kein Hindernis für die spätere Behandlung durch einen anderen

Therapeuten darstellt. Während einer gutgehenden Behandlung stellt es sich allerdings heraus, daß der Delinquent sowohl wohlwollende als auch „strenge“ Gutachter als Feinde erlebt hat.

Viel schädlichere Einflüsse gehen von gescheiterten Therapieversuchen aus. Eine verstehende Psychotherapie ist meist nicht mehr möglich, wenn in einer Verhaltenstherapie eine „Ichspaltung“ eingetreten ist. Im Ich wird eine Besetzung als Abwehr gegen andere ins Ich Eingang findende Wünsche aufgerichtet. Aber auch die Zentrierung auf einen „Fokus“ in einer psychoanalytisch orientierten Therapie oder die unkontrollierte Ausrichtung der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf das inkriminierte Symptom wirken kumulativ traumatisch. Unabsichtlich verstärken solche Therapieversuche die Struktur der Abwehr, die der Patient mitbringt, und legen weitere Therapieversuche lahm: eine iatrogene „Fixierung an das Trauma“.

58

Bei der Supervision von Analysen mit Sexualdelinquenten – besonders pädophilen Männern – habe ich des öfteren die Erfahrung gemacht, daß Therapeut oder Therapeutin durch die Furcht behindert werden, der Patient könnte wieder straffällig werden. Solche „altruistischen“ Ängste entstehen häufig dadurch, daß die Konfrontation mit dem delinquenten Verhalten unbewußte Tendenzen, Vorurteile, Faszination u. a. des Therapeuten mobilisiert. Seine Angst ist ein Signal dafür, daß die Abwehr nicht ausreicht. Wenn es in der Supervision gelingt, die unbewußte Ablehnung des besonderen sexuellen Verhaltens bewußt zu machen, reduzieren sich die Furcht und Sorge um den Patienten, und die richtige therapeutische Haltung kann wieder eingenommen werden.

Zur Diskussion um die Bezahlung der Therapie, aus der Karl D. mit einer Verbesserung seines Selbstgefühls hervorgegangen ist, eine Anmerkung: Ich war damals als Kassenarzt nicht zugelassen und durfte laut Bestimmung der Universitätsklinik überhaupt keine „bezahlte“ Tätigkeit neben der Arbeit als Assistent bzw. Oberarzt ausüben, verletzte also bewußt meinen Anstellungsvertrag. Später habe ich mehrmals Sexualdelinquenten ganz ohne Bezahlung, auch ohne Leistung der Krankenkasse behandelt. Selbstverständlich war es nötig und möglich, auch jenen Patienten, die nicht zahlten, zu Beginn der Therapie mit einer entsprechenden Haltung zu vermitteln, daß sie auf meine Diskretion und meinen Respekt rechnen konnten.

Nicht 4½ Jahre, wie im Fallbericht vermerkt, sondern 15 Jahre nach Abschluß der Behandlung habe ich Karl D. zum letzten Mal gesehen. Er kam jedes Jahr einmal im Mai unangemeldet zu mir und brachte mir etwas, das ich als „Übergangsobjekt“ („transitional object“) bezeichnet hätte, wenn mir der Begriff damals bekannt gewesen wäre. Leser und Leserinnen werden erraten, was das war, und mögen sich wundern (wie auch ich mich wundere),

daß das dreist suggestive Angebot, sich mit mir zu identifizieren, so haltbar war. Beim letzten Besuch 1966 ging es Karl D. in jeder Hinsicht gut. „Ich habe ein glückliches Leben“, sagte er – eine erfreuliche Katamnese.

Aus der psychoanalytischen Behandlung einer schweren Sexualstörung*

1. Tatbestand – Die Verfehlung

Am 14. November 1950 wurde mir von einem Zürcher Rechtsanwalt ein damals 32jähriger Mann zur psychoanalytischen Behandlung überwiesen. Sechs Wochen vorher war dieser Patient von einem Landzürcher Bezirksgericht wegen *Unzucht mit Kindern nach Art. 191, Ziff. 2, Abs. 1 und 3, zu 6 Wochen Gefängnis verurteilt worden*; die Vollziehung der Strafe war wegen des guten Leumunds des nicht vorbestraften Patienten mit einer *Probezeit von 4 Jahren* bedingt ausgesprochen worden. Diese milde Beurteilung war wohl auch auf das geschickte Vorgehen des amtlichen Verteidigers zurückzuführen, der ohne ein ärztliches Gutachten einzuholen dem Gericht glaubhaft machen konnte, daß der Angeklagte unter dem Einfluß eines sehr wohl heilbaren seelischen Leidens gehandelt habe. So wurde dem Patienten auferlegt, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

* Quelle: Heinrich Meng, Psyche und Hormon. Einführung in die endokrine Psychosomatik, psychoanalytische Klinik und Lehre vom Stress. Ein Gemeinschaftswerk von Charles A. Jöel, Heinrich Meng, Paul Parin, Hans Selye und Felix G. Sulman. Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber, S. 77 bis 97

59

Ich berichte den Tatbestand, mit kleinen Auslassungen wörtlich nach dem Gerichtsprotokoll, das nach den Aussagen eines der beiden 8³/₄jährigen Mädchen aufgenommen wurde, an denen der Explorand sich vergangen hatte. Die Darstellung, die er mir gab, stimmte, wie ich nachträglich feststellen konnte, voll mit dieser Schilderung überein. Das Delikt, im Sommer 1950, war 14 Tage später von der Verhaftung gefolgt; das Urteil war mehr als 3 Monate nach dem Delikt ausgesprochen worden. Die Behandlung begann fast 5 Monate nach der Tat.

Der Patient berichtet, daß er schon damals, als er im Fluß baden ging, diese Mädchen beobachtete, sich von ihnen angezogen fühlte, und daß er ihnen nachging, als er sah, wie sie in den Wald gingen, um Beeren zu pflücken.

Aus dem Protokoll:

„... während wir nun Beeren suchten, kam ein Mann auf uns zu und sprach uns an. Er sagte uns, daß er einen Ort wisse, wo es viele Erdbeeren gebe, und er führte uns dann etwas in den Wald hinein. Tatsächlich hatte es dort viele Erdbeeren, die wir dann pflückten. Ich befand mich auf der linken Seite des Mannes, während meine Freundin sich auf der rechten Seite befand. Plötzlich trat der Mann auf mich zu und griff mir unter den Rock an die Höschen und versuchte, mir diese abzuziehen. Kurz vorher hatte derselbe einen ‚Brunnen‘ gemacht und hatte dann seinen Hosenladen offen gelassen, wobei er sein ‚Zeug‘ draußen ließ. Ich konnte sehen daß es etwa 10 cm lang und 2-3 cm dick war, wobei es jedoch nicht ganz waagrecht stand.“ Weiter steht im Protokoll, wie die Mädchen fortrannten, die Sache daheim erzählten (was zur Erkennung des Patienten führte, der wieder an den gleichen Ort baden ging) und daß der Mann keinerlei Gewalt angewandt hatte.

2. Die Einleitung der Behandlung

Ich will nun versuchen, diese Psychoanalyse so zu schildern, daß Sie beurteilen können, was in dem sonst der Beobachtung entzogenen Sprechzimmer des Analytikers vorgegangen ist. Vielleicht gelingt es auch zu zeigen, wie ich hier die von Freud angegebene Analysetechnik angewandt und abgewandelt habe. Dann will ich vor allem das herausgreifen und zusammenfassen, was ein Licht auf die Zusammenhänge bei der Entstehung und Behandlung der schweren Sexualstörungen des Patienten werfen kann.

Hingegen will ich die Darstellung der Anamnese bewußt vernachlässigen und davon nur sagen, was zur Illustrierung des analytischen Vorganges unbedingt nötig ist. Das, was ich mitteile, wird wenig entstellt sein. Dies ist möglich, da mir der Patient die Erlaubnis gab, über seine Behandlung offen zu erzählen. Den chronologischen Verlauf der Behandlung, die insgesamt 67 einstündige Sitzungen in Anspruch nahm und mit einigen Unterbrechungen 10½ Monate dauerte, lasse ich außer acht; eine Darstellung dieser Art würde sehr eintönig wirken, da es keineswegs dramatisch zugeht, die Behandlung gleichsam linear verlief.

Der mittelgroße und kräftig gebaute Patient, den ich Karl D. nennen will, erklärte mir bei seiner ersten Konsultation kurz, warum er komme. Er arbeitet als gelernter Metallarbeiter in einer großen Fabrik in Zürich und verdient bei Akkordarbeit 600-650 Fr. im Monat. Er wohnt etwa 15 km von seinem Arbeitsplatz entfernt, allein mit der 65jährigen Mutter, die ihm den Haushalt besorgt und selbst noch als Putzfrau arbeitet, in einem ländlichen Zweifamilienhaus und fährt Sommer und Winter mit dem Velo zur Arbeit.

Karl D. sieht mir offen ins Gesicht, wie ich bald merke, auch auf den Mund. Er ist schwerhörig, wie er sagt vom Schießen im Militärdienst. Seine Angaben klingen offen und

aufrichtig. Der Eindruck ist der eines intelligenten, sympathischen Arbeiters, keinesfalls der eines typischen Sexualverbrechers. Die Gesichtszüge sind etwas undifferenziert. Auffallend ist der energische Händedruck und ein gewisses linkisches Benehmen, das ich der peinlich ungewohnten Situation zuschreibe, in der sich der Patient befindet. Die Kleidung des Patienten ist sehr ordentlich, im späteren Verlauf der Behandlung wird sie oft betont jugendlich und bunt.

Ich erkläre, die Behandlung übernehmen zu wollen, wenn er sich verpflichte, dreimal wöchentlich zu einstündigen Besprechungen zu mir zu kommen, und ich bin bereit, die Stunden so anzusetzen, daß sie vor oder nach der wöchentlich schichtweise wechselnden

60

Arbeitszeit abgehalten werden können. Ich verlange 15 Fr. pro Sitzung mit monatlicher Bezahlung.

Herr Karl D. findet das viel. Er will die Krankenkasse in Anspruch nehmen. Ich erkläre ihm, daß ich ihn nur als Privatpatienten annehmen würde. So will er es sich überlegen, ob er zu mir kommen will, und er möchte noch mit seinem Rechtsanwalt sprechen, zu dem er großes Vertrauen hat. Nach 2 Tagen kommt Herr D. wieder, hat noch die gleichen Bedenken und bittet mich, seinem Rechtsanwalt zu schreiben. Ich gebe ihm den Brief mit, in dem ich die gleiche Forderung stelle und sage, daß für die Dauer der Behandlung keine Voraussagen gemacht werden können. Auf den eindrücklichen Rat seines Rechtsanwalts sucht mich Herr Karl D. 8 Tage später auf und will die Behandlung anfangen. Ich fordere ihn auf, sich auf das Sofa zu legen und rücke meinen Stuhl dicht hinter ihn, damit er mich auch versteht. Es ist klar, daß ich wenig und deutlich reden muß. Er stellt die Frage, worin eine solche Behandlung bestehe. Ich antworte, indem ich ihm die psychoanalytische Grundregel, alles zu sagen, was ihm in den Sinn komme, mitteile.

Diese banale Einleitung der Behandlung schildere ich, weil sie sich als bedeutsam erwies. Dem gerichtlich zur Behandlung gezwungenen Patienten mußte meine Geldforderung wie eine Erpressung vorkommen, um so eher, als ich ihm sagte, daß auch ein anderer Arzt, der teilweise durch die Krankenkasse bezahlt werden würde, nicht wesentlich billiger sein würde. Als mir der Patient in der 3. Sitzung von seiner Arbeit erzählt hatte und am Ende dieser Stunde fragte, ob ich glaube, daß die Behandlung Erfolg haben werde, sagte ich ihm, ja, das glaube ich wohl. Ich hätte darum auch eine rechte Bezahlung verlangt, die er sich bei seinem Verdienst leisten könne. Wenn ich gemeint hätte, er komme lediglich, um dem Gerichtsurteil zu folgen, hätte ich die Behandlung gar nicht angefangen. In einer solchen Situation von einem Patienten Geld zu verlangen, käme mir fast wie eine Erpressung vor.

Der Patient lachte darauf verlegen. Später einmal sagte er, meine Forderung sei ihm anfangs zwar nicht hoch vorgekommen, aber wie ein Zwang. Er zahlte immer regelmäßig nach Erhalt der

monatlichen Rechnung und sah jeweils die Quittung noch wohlgefällig an, bevor er sie ins Portemonnaie versorgte. In der letzten Sitzung bemerkte der Patient spontan: Das Ganze hat nicht einmal so viel gekostet als ein altes Motorrad. Er hätte sich damals gerne ein Motorrad aus zweiter Hand gekauft, für das man 1200 Fr. forderte. Die Behandlung kostete etwa 1000 Fr.

Die Schwierigkeit, das Vertrauen eines auch zur Behandlung verurteilten Delinquenten zu gewinnen, war also durch die geringere Schwierigkeit ersetzt worden, das Vertrauen eines Patienten zu gewinnen, der sich überfordert glaubte. Es war dem Patienten bei der ersten Unterredung deutlich anzumerken, daß er auf Arbeit und Verdienst stolz war. Er hatte u. a. erwähnt, daß er die Familie schon erhalten habe, als sein Vater noch lebte. Ich konnte nach der Art des Deliktes, das ja gewöhnlich bei infantilen Persönlichkeiten angetroffen wird, voraussetzen, daß der Patient es schwer haben würde, im Arzt nicht nur den Vertreter der öffentlichen Autorität zu sehen. Oft ist es vorgekommen, daß der Patient dann erst über ein peinliches Thema zu reden anfing, wenn er eine halbe Stunde lang von seiner Arbeit erzählt hatte. Dieser Zusammenhang ist so klar, daß ich während der Behandlung die Frage stellte: „Wie geht es bei der Arbeit?“, wenn ich meinte, der Patient verschweige peinliche Mitteilungen. Nachdem ich mir komplizierte Arbeitsgänge hatte erklären lassen, kam Herr D. stets von selbst auf das vorher Zurückgehaltene zu reden.

3. Deutungen durch das Verhalten des Analytikers

Ich bitte Sie zu beachten, daß mein Verhalten hier keineswegs nur so auf den Patienten wirkte, daß sein Unbewußtes symbolisch angesprochen wurde. Ich hatte zu erkennen gegeben, daß ich ihn schätzte, aber seine, vorerst nur vorauszusetzenden, neurotischen Erwartungsvorstellungen nicht teilte.

Freud empfiehlt, dem Analysanden gegenüber eine wohlwollende, tolerante Haltung einzunehmen, aber nicht mitzuagieren, das heißt, den neurotischen Erwartungen des Patienten nicht zu entsprechen. Ich hätte dem Patienten seine Haltung auch etwa mit den Worten deuten können: Sie sind ein tüchtiger, ehrenwerter Arbeiter, dessen Haltung ich insoweit schätze und für die beginnende Behandlung als nützlich ansehe, als er männlich und frei ist. Ein solcher kann und darf sich zutrauen zu sagen, was er denkt, und zu denken, was er

61

fühlt. Ich mache Sie aber darauf aufmerksam, daß es nicht angeht, in mir einen Böhlmann zu sehen. Es ist nur Ihre eigene Angst und nicht das Gerichtsurteil, das mich dazu macht. Wenn Sie keine Angst vor der äußeren Autorität mehr haben, wird auch eine angsterregende innere Autorität

Sie nicht mehr zwingen, vor einer erwachsenen Haltung in die eines ängstlichen Kindes zu regredieren. Selbstverständlich habe ich diese Worte nicht gesprochen. Meine Haltung ersetzte eine Deutung des Verhaltens des Patienten.

Der gleiche Vorgang kann noch durch das Folgende verdeutlicht werden. In der ersten psychoanalytischen Sitzung begann der Patient, nach meiner Mitteilung der Grundregel, zuerst zu erzählen, was er am Vormittag des gleichen Tages erlebt hatte. Die 13jährige Trudi aus dem Nachbarhause war gekommen, und er zeigte ihr ein Buch, in dem Photos von nackten Wilden waren. Die Mutter des Patienten saß dabei. Er habe das Gefühl gehabt, er müsse probieren, ob das Kind, das ihn sehr anziehe, sexuelle Neugierde zeige und erregt werde. Das habe ihn gereizt. Die Mutter schickte aber die Kleine unter einem Vorwand fort. Ohne daß ich ein Wort sage, kommt der Patient, der stockend und etwas überlaut, aber fortlaufend redet, auf das zu sprechen, was ich Ihnen als Tatbestand vorgelegt habe. Sein Bericht ist ausführlicher, als ich ihn nach der Behandlung in den Akten fand.

Im Auftrag seines Anwalts hatte mich Herr D. schon bei der ersten Vorbesprechung gefragt, ob ich in die Gerichtsakten Einsicht nehmen wolle. Dieses Anerbieten hatte ich damals mit den Worten abgelehnt: „Mich interessiert, was Sie sagen, nicht, was andere über Sie sagen.“

Zugunsten der Möglichkeit einer Deutung verzichtete ich bis nach Abschluß der Behandlung auf eine, vielleicht wertvolle, Informationsquelle. Mein Verhalten war die ziemlich unmißverständliche Antwort auf die noch unausgesprochene Erwartung des Patienten: „Sie teilen das Urteil anderer über mich, Sie wollen nicht hören, was ich denke.“ Ich wurde auch sofort durch eine offene und vollständige Erzählung belohnt. Es kommt aber noch besser. Nach diesen beiden peinlichen Erzählungen sagt der Patient nichts mehr, rutscht unruhig auf dem Sofa hin und her und bittet mich nach einigen Minuten mit leiser Stimme, ob er austreten dürfe, um Wasser zu lösen.

Ich sage, ja, das dürfen Sie, und erkläre ihm, wo er die Toilette finden kann. Ich höre, wie er im Vorzimmer herumtappt. Als er wieder daliegt, sagt er, er meine, die Behandlung sei doch recht teuer. Er höre auch nicht recht, das sei störend. Den Rest dieser Stunde spricht er mit freier Stimme und fragt noch, ob die gleiche Behandlung auch auf seine Schwerhörigkeit wirken kann.

4. Die Analyse kommt in Gang

Ähnlich wie in dieser ersten Stunde geht es in vielen Stunden zu. Der Patient erzählt so lange, bis das Thema peinlich wird. Dann tritt Harndrang auf, übrigens auch dann, wenn der Patient vorsichtshalber vor der Behandlung Wasser gelöst hat. Es ist ihm sehr peinlich, austreten zu müssen. Nachher ist die Peinlichkeit und Angst so weit überwunden, und der Patient kann Dinge

sagen, die für ihn mit stärkerer Hemmung belegt waren, er kann dann besonders auch sagen, was direkt mit seiner Beziehung zu mir zusammenhängt.

In der 5. Stunde z. B. erzählt Herr D. von der letzten Fastnacht. Als altes Weib, unkenntlich maskiert, ist er viele Tage und Nächte lang von einer Beiz in die andere gezogen. Er berichtet von groben Späßen und von Räuschen. Ich sage darauf kein Wort. Etwa 10 Minuten vor Schluß dieser Stunde wird der Patient wieder sehr gespannt. Endlich sagt er, er habe kalte Füße und müsse austreten. Als er zurückkommt, sagt er: „Sie haben jetzt den gleichen scharfen Blick wie meine Mutter.“ Ich sage darauf: „Sie haben Angst vor mir wie vor der Mutter; deshalb kommt Ihnen mein Blick so scharf vor.“ Darauf erklärt der Patient mit sehr freier Stimme, er habe Angst gehabt, zu mir zu kommen, wegen „allem dem, was war“.

Das nächstmal berichtet Herr D., er habe sich seit 2 Tagen frei und glücklich gefühlt, wie schon lange nicht, habe auch diese 2 Nächte nicht genäßt.

Es ist zu sehen, daß der Patient die Gefühle, die den Harndrang auslösen, auf mich überträgt. Es wäre verkehrt gewesen, es dem Patienten allzusehr zu erleichtern, von seinem Harndrang zu reden, oder ihm die Toilette zu zeigen. Er hätte die auf mich übertragenen negativen Gefühle nicht äußern können. Sie wären im Widerspruch zu meinem Verhalten

62

gestanden. Jemandem, der gut zu einem ist, kann man z. B. kein Mißtrauen zeigen. Ein Verbot des Wasserlösens wäre ebenso unrichtig gewesen; es hätte als Bestätigung seiner auf mich übertragenen Erwartungsvorstellungen gewirkt. Von einer Ausnahme will ich später berichten.

Ich muß eine wichtige Angabe nachtragen. Der Patient sagte schon bei der ersten Vorbesprechung, er sei Bettnässer, und zwar „seit immer“. Unterbrüche von 2-3 Wochen seien besonders in den letzten Jahren schon vorgekommen, längere Unterbrüche nicht. Seit etwa einem halben Jahr nässe er allnächtlich 1-2mal. Im Militärdienst – der Patient hat die Rekrutenschule gemacht und 600 Dienstage absolviert – hat er das Bettnässen so verheimlicht, daß er mehrere Unterkleider übereinander anzog und diese anbehielt, bis sie trocken waren. Auf diese Weise kann er auch die Mutter manchmal täuschen, die ihn immer kontrolliert, aber nur noch selten etwas dazu sagt. Als Kind ist der Patient auf die übliche Weise mißhandelt worden, mit Bloßstellen vor den Leuten, Flüssigkeitsentzug, Vorwürfen und Schlägen. Während einiger Wochen um das zwölfte Lebensjahr herum hat der Vater die Bettnässerei, die damals allnächtlich erfolgte, so geahndet, daß er den Jungen jeden Morgen aus dem Bett holte, in der Küche an einer Bank festband und ihn mit einem Gummischlauch prügelte. Diese aus der Anamnese von Enuretikern allzu bekannte Episode hat der Patient sehr stockend erzählt. Dann muß er hinaus.

Zurückkommend, noch im Stehen, mir vor die Füße blickend, fügt er hinzu: Der Vater habe so

gehandelt, nachdem ein von den Eltern befragter Arzt ein Mittel verordnet und gesagt habe, wenn dies nichts nütze, dann sei es böser Wille, dann müsse man es dem Knaben ordentlich austreiben, am besten mit einem Gummischlauch. Sobald dies gesagt war, bevor ich etwas erwidern konnte, war der Patient schon wieder auf der Toilette.

Die weiteren Behandlungsstunden sind ähnlich verlaufen. Der Patient erzählt meist sehr ausführlich, oft drastisch und grob im Ausdruck von sich, bleibt bei einem Thema, z. B. der Berufsarbeit, und kommt von selbst auf die damit verknüpften Hemmungen und Ängste zu sprechen. Er erlebt, sehr häufig in der geschilderten Art, eine Emotion und kann dann weiter reden. Das Ganze wirkt um so einfacher, als ich fast keine Deutung sage. Ich sage etwa: „Wenn Sie nur die auf der Straße draußen vorbeifahrenden Autos hören, ist es, weil Sie nicht hören mögen, was Sie denken“, oder: „Ist es nicht ähnlich wie damals, als...“. Lange Erklärungen vermeide ich bis zum Schluß. Ich setze öfter sein Verhalten in der Stunde mit dem jetzt oder früher im Leben in Beziehung.

5. Die Persönlichkeit des Patienten enthüllt sich

Ich möchte auf die widerspruchsvolle Persönlichkeit des Patienten, der ein so schweres Sexualdelikt begangen hat, hinweisen. Er ist ein tüchtiger Arbeiter, der nach einer Berufsausbildung eine vorzügliche Abschlußprüfung gemacht hat, der sich als erfolgreicher Akkordeur aus einem ärmlichen Milieu zu einem gut verdienenden, sozial unabhängigen und sogar angesehenen Manne emporgearbeitet hat. Er ist Junggeselle, ein zärtlicher Sohn seiner Mutter, läßt sich von ihr wie ein Kind umsorgen, aber auch beaufsichtigen, und hat große Angst, von ihr beim fast allnächtlichen Bettnässen ertappt zu werden. Er hat auch ein schlechtes Gewissen der Mutter gegenüber, wenn er, wie so häufig, mit seinen Freunden vorn Turnverein, in dem er eine wichtige, wenn auch nicht führende Rolle spielt, gefestet und getrunken hat, was oft vorkommt. Im Wirtshaus prahlt er mit Geld, zahlt für andere gerne, rauft aber nie. Er ist zu schüchtern, der Mutter die kleinste Ausstellung zu machen. Er wagt es nicht, in der Arbeitskleidung die Lokalbahn zu besteigen, sondern benützt aus Schüchternheit auch im Winter das Velo. Nach den Trinkexzessen, Samstag und Sonntag, spricht er immer wieder andere, zweifelhafte Mädchen an, hat gleich beim ersten Rendezvous das Bedürfnis, intime Beziehungen aufzunehmen, erweist sich aber dabei schon seit Jahren als völlig impotent. Nach sonderbaren sexuellen Reizspielen erlebt er einen Orgasmus, indem er sich an seine Partnerin anschmiegt. Dabei und danach stellt er sich vor, mit kindlichen kleinen Mädchen zu verkehren. Diese reizen ihn sonst auch dermaßen, daß es einmal, und wie ich hinzufügen kann, nur dieses eine Mal, zu einer schweren Verfehlung gekommen ist. Schwere Gewissensbisse, nicht nur Reue, auch ein

allgemeines Gefühl sich zu schämen, etwas besonders Minderwertiges zu sein und an andere Leute kaum das Wort richten zu dürfen, kontrastieren bei diesem Patienten eigenartig mit der freien Haltung, der

63

auffallenden Kleidung, den Exzessen und Abenteuern, der freien, groben Sprache und einer positiven, aber durchaus nicht buchstabengläubigen oder kleinlichen Einstellung zur katholischen Religion.

Wenn ich im folgenden aus dem Gang der Analyse einige Dinge herausgreife, die ich nach Art einer Entwicklungsreihe zusammenstelle und bis zum Ende der Behandlung verfolge, so geschieht dies nicht, weil ich meine, daß diese Haltungen des Patienten, meine Deutungen und das darauf folgende veränderte Verhalten des Patienten besonders im Hinblick auf die Sexualität eine Kausalkette darstellen würden. Ich bitte Sie vielmehr, diese Entwicklungsreihen nebeneinander stehen zu lassen und sich vorzustellen, daß sie sich vielfach überschneiden haben und daß der ganze Prozeß durch die in Einzelzüge aufgelöste Darstellung nur in seiner Verlaufsrichtung verfolgt, nicht aber in den letzten Zusammenhängen erkannt werden kann.

6. Der Vater

Vor allem hat der Patient in den ersten Stunden der Analyse immer wieder erzählt, wie er beim Trinken in Wirtschaften Geld ausgibt, für andere zahlt, mehr bestellt als man trinken kann, welche große Rolle er im Turnverein spielt, welche Erfolge er beim Turnen hat usw. Bald stellt es sich heraus, daß Herr Karl D. immer Geld in der Tasche haben muß, um sich sicher zu fühlen. Er gibt zwar zu Hause sein Kostgeld ab, behält aber ein großes Taschengeld, mit dem er verschwenderisch umgeht. Solche Wirtshaussitzungen aus der Gegenwart und Vergangenheit werden so ausführlich geschildert, daß die Schilderung oft fast eine Stunde braucht. Der Patient vermehrt auch sein Trinken und seine Wirtshausbesuche während der ersten Zeit der Analyse derart, daß er kaum eine Nacht mehr genügend schläft. Als Deutung sage ich, nachdem sich diese Erzählungen immer wiederholen: „Sie *müssen* offenbar der ‚Hirsch‘¹ sein.“ Der Patient gibt das zu und erzählt sogleich, daß sein Vater eigentlich eine recht traurige Rolle gespielt habe. Er war zwar ein „Krampfer“² in der Weberei, in der er arbeitete, hat aber nie viel Geld zusammenscharren können, schon gar nicht im Verhältnis zu seinen Geschwistern und zu den Brüdern der Mutter des Patienten, die alle Bauerngewerbe betrieben haben. Einige Jahre lang hat der Vater die Arbeit ganz aufgegeben, hat die Familie verlassen, ist als Vagabund herumgezogen und ist nur selten einmal ganz verwaorlost nach Hause gekommen. Man mußte sich da seiner

schämen. Dazu bemerkt der Patient: „Ich kann nur mit Sonntagskleidern in die Bahn.“ Im Alltagsgewand schämt er sich vor den besser gekleideten Leuten. Auch sonst fühlt er sich anderen Männern gegenüber häufig unterlegen. Bei seiner Akkordarbeit hat er immer das Gefühl, daß seine Mitarbeiter ihn herunterdrücken und anschwärzen wollen. Er kann ihnen keine Vorwürfe machen. Oft flüchtet er auf die Toilette, raucht dort eine Zigarette, löst Wasser, onaniert manchmal. Dann geht er hastig zurück an den Schraubstock und krampft hastig und verbissen weiter, wie es der Vater getan hat. Oft muß er ein zerbrochenes Instrument für einen Mitarbeiter bezahlen, weil er es nicht wagt, dem Meister zu sagen, daß der andere es zerbrochen hat. Immer wieder, wenn der Patient seine prahlerische Haltung anderen Männern gegenüber berührt, sage ich ihm jetzt: „Da waren Sie wieder ein ‚Hirsch‘.“ Dann erzählt er ein weiteres Stück seiner Erlebnisse, bei denen er gerade das Gegenteil ist. Besonders als er, aus der zweitägigen Untersuchungshaft entlassen, in sein Heimatdorf zurückkam, fühlte er sich trotz seiner anständigen Kleidung wie ein Vagabund. Jetzt werde man sagen, er sei wie sein Vater. Es gelingt ihm, in seinem Dorf den Gerichtsfall zu verheimlichen. Als die Analyse schon recht weit fortgeschritten war, traf der Patient einmal eine Frau, die nahe bei den beiden Mädchen wohnte, an denen er sich vergangen hatte. Als diese Frau ihn zwar grüßte, aber nicht seinen Namen dazu nannte, meinte er, sie wollte so andeuten: Diesen Namen wollen wir nicht wissen, das ist ein furchtbarer Vagabund, der ist wie sein Vater. Geld in der Tasche, viel trinken, fest arbeiten können also für ihn die schwere Enttäuschung kompensieren, daß sein Vater ein Vagabund geworden war, trank und die Familie im Stich ließ. Später erzählt der Patient nach und nach, daß er mit allen Verwandten gebrochen hat, die je etwas Böses gegen seinen Vater gesagt haben. Ein Bruder seiner Mutter, der Herrn D.s

¹ Schweizerisches Synonym für Held, hier im Sinne der Prahlererei

² Schweizerisches Synonym für Schaffer

64

Meinung nach dem Begräbnis des Vaters im Jahre 1949 nicht genug Ehre erwiesen hatte, wurde seither nicht mehr begrüßt.

Das Schuldgefühl dem Vater gegenüber ist aber älter. Aus seinem 10. Lebensjahr erzählt er: Damals saß der Vater zu Hause herum, arbeitete einmal nichts und ließ sich durch den Kleinen immer wieder Most holen. Dazu wurde ein Tonkrug verwendet, der 5 l faßte. Auf Veranlassung der Mutter hat der Junge einmal den großen Tonkrug zerschlagen und den täglichen Most in einer Zweiliterflasche gebracht. Der Vater durchschaute das Spiel. Anstatt wie sonst den Jungen zu verprügeln, was dem nicht viel ausgemacht hätte, weil er der Billigung der Mutter sicher war,

wurde der Vater traurig. Er sagte, man wolle ihm seinen Most nicht gönnen, und ging in den Keller, um sich zu erhängen. Bei dieser Erzählung weint der Patient, das einzige Mal während der Behandlung. Der Vater hat nie wirklich einen Selbstmordversuch unternommen.

Etwa 7 Jahre lang, vom Ende der Lehrzeit des Patienten angefangen, saß der Vater untätig zu Hause und klagte über ein Herzleiden, das er nie ärztlich behandeln ließ. Ohne zu murren hat damals der jüngste Sohn die ganze Familie erhalten. Der ältere Bruder und die ältere Schwester, die während dieser Zeit heiratete, beteiligten sich weder an den Kosten noch an den übrigen Schwierigkeiten, die die Familie zu überwinden hatte. Sie sind ausgezogen. Herr D. hat auch, nach dem Tode des Vaters, einen sehr teuren Grabstein aus eigener Tasche bezahlt und es so angestellt, daß die Geschwister sich an diesen Kosten ebenfalls nicht beteiligten. Ich habe nie angedeutet, daß wohl Schuldgefühle dem Vater gegenüber abgedient wurden. Auf den Analytiker wurde das Schuldgefühl vielleicht in *der* Form übertragen, daß der Patient eine gewisse Scheu und Schüchternheit erst allmählich überwunden hat, als er immer besonders pünktlich zu den Stunden kam und oft allzu eifrig mitarbeitete, so daß ich ihm sagen mußte, sein übermäßig guter Wille, viele Einfälle hintereinander zu produzieren, liefere mir so ausführliche Erzählungen, daß wir über eine einzelne Geschichte schwer hinauskämen. Daß diese Übergewissenhaftigkeit, die ich auf Schuldgefühle zurückführe, verschwand, kann man u. a. daraus schließen, daß der Patient zur letzten Stunde der Analyse nicht erschien. Er rief am Tag darauf telephonisch an und sagte, er habe die Stunde einfach verschlafen. Als er dann zu einer neuangesetzten Stunde erschien, lachte er mich an und bemerkte: „Ich habe es noch nie gewagt, eine Pflicht zu verschlafen.“

Man kann nur erraten, wodurch dieses Schuldgefühl entstanden ist. Bewußt hatte der Patient keine Haßgefühle auf den Vater mehr, als er zu mir kam. In der Kindheit aber war ihm der Vater streng und grausam erschienen. Er hatte ihn seltener als die Mutter, aber dann sehr heftig verprügelt. Der Patient war etwa bis zu seinem 13. Lebensjahr ein besonders wilder und grober Junge gewesen, der unbestrittene Anführer einer Bande von Kindern, die allerhand Streiche verübten. In Kämpfen und Schlägereien mit Stärkeren und Schwächeren konnte er seine Wildheit und seinen Trotz anscheinend nicht genügend abführen. Er hatte damals, und auch noch etwas über diese Zeit hinaus, tage- und wochenlang wilde Tagträume, wie er alle Männer in seiner Umgebung, voran den Vater, aufs grausamste umbringen würde. Diese Phantasien waren zur Zeit der Analyse durch Träume abgelöst worden. Der Patient hatte von selbst angefangen, ab und zu Träume zu erzählen. Während der ersten 2-3 Monate der Behandlung träumte er fast ausschließlich von Häusern, aus denen Särge herausgetragen wurden, oder er träumte von alten Männern, die in Särgen in einen Abgrund geworfen wurden. Oder von großen Steinen, von Fuhren von Kies oder Lawinen, die jeweils irgendeinen alten Mann verschütteten. Natürlich konnte ich diese einfach zu erratenden Träume nicht deuten. Es wäre unzweckmäßig gewesen,

Herrn D., der die Erinnerung an seinen Vater hochhielt, zu sagen: Sie haben noch immer die Absicht, ihn zu töten, und deshalb ein so schlechtes Gewissen ihm und darum allen anderen Autoritätspersonen gegenüber.

7. Die Mutter

Ein noch viel schlechteres Gewissen hatte Herr Karl D. seiner Mutter gegenüber. Sie führte ihm den Haushalt, weckte ihn, wenn er zur Arbeit mußte, und besorgte seine Kleider. Daneben beaufsichtigte sie ihn. Sie sagte zwar nichts gegen seine Trinkexzesse. Aber sie gab ihm mit Blicken zu verstehen, daß das Bettnässen wohl davon komme; daß er, besonders wenn er betrunken heimkam, wohl ein ähnlicher Vagabund sei, wie der Vater es lange war.

65

Nach der sexuellen Verfehlung begann sie ihn mit stummer Fürsorge zu beaufsichtigen, daß er nie mit kleinen Mädchen allein zusammenkäme. Im Haushalt redete der Sohn kein Wort drein. Sein Bett säuberte er selbst. Seine feuchten Unterkleider behielt er an, wenn er eingenäßt hatte, damit die Mutter es nicht merkte. Das gelang nicht immer. Es war dem Patienten so selbstverständlich, seiner Mutter gegenüber immer ein schlechtes Gewissen zu haben, daß er dies mit Worten nie so genannt hat.

Als während der ersten Monate der Behandlung (wir waren im November bis Januar) von der verflossenen und der kommenden Fastnacht die Rede war, fiel es mir auf, daß sich der Patient immer oder meist als alte Frau maskierte. Er fügte hinzu, daß er nur zur Fastnacht so nach Hause kommen könne, ohne daß ihm die Mutter bestimmte Blicke zuwerfe. Er begründete dies so, daß die katholisch-kirchengläubige Mutter zur Fastnacht Dinge durchgehen ließ, die sonst nicht gestattet wären. Ich vermute, daß dies eine Rationalisierung war und daß die Identifizierung mit der Mutter das Verstecken hinter der Maske, das schlechte Gewissen und die Angst ersparte. Da ich aber nichts deutete und schließlich die Fastnachtsgeschichten aufhörten, der Patient während der Behandlung ohne allzu große Ausdauer Fastnacht feierte, wurde dieser Zusammenhang nicht bewiesen.

Während der ersten Zeit der Behandlung hatte der Patient zahlreiche Liebesabenteuer. Die Mädchen, die er meist am Samstag und Sonntag ansprach, mußten so aussehen, als ob es leicht wäre, mit ihnen ein sexuelles Abenteuer zu haben. Sie mußten nicht schön oder besonders anständig oder gar wohlhabend aussehen. Manchmal suchte der Patient Serviertöchter in Zürich auf, die einen zweifelhaften Ruf hatten. Er ging mit diesen Mädchen nie in Wirtschaften oder in ein Zimmer. Er führte sie trotz der Jahreszeit in den Wald, auf einsame Bänke. Die Partnerin war

jedesmal wieder eine andere. Es kam dann in stereotyper Weise zu folgender Art der sexuellen Betätigung. Er versicherte sich in einem Gespräch zuerst des leichtfertigen Lebenswandels der Partnerin, indem er sie nach anderen Freunden fragte, danach, was sie in der Freizeit machte usw. Dann begann er mit Umarmungen und Betastungen. Er liebte besonders die Brust und begann sehr heftig an der Brust zu saugen und zu beißen. Dabei fühlte er sich erregt, hatte aber keine Erektion. Dann zog er der Partnerin die Unterkleider aus und begann, sie mit der Hand zu befriedigen. Dies trieb er oft viele Stunden lang, bis sie mehrmals einen Orgasmus erlebt hatte. Erst danach umarmte er seine Partnerin, drückte sich an sie und erlebte einen Samenerguß ohne Erektion. Er ging dann heim, grübelte über seine Verworfenheit nach, mußte immer wieder an kindliche Mädchen denken, mit denen er viel lieber Verkehr gehabt hätte.

Am nächsten Tag fühlt er sich, auch der Mutter gegenüber, nicht anders als sonst, muß aber außerordentlich viel essen. Dieses Vielessen, ohne Appetit, wurde *zuerst* erzählt, dann kamen die erwähnten Liebesabenteuer, die er minutiös eines um das andere berichtete, jeweils mit einer Unterbrechung, um Wasser lösen zu gehen. Ich unterbrach diese Erzählungen nicht. Einmal, im zweiten Monat der Behandlung, berichtete der Patient zuerst von einem solchen Abenteuer und nach dem Wasserlösen davon, daß er der Mutter erstmals entgegen konnte, sie habe eine Anschaffung im Haushalt, ein Stück Linoleum als Bettvorlage, nicht eben sehr klug eingekauft. Ohne daß ich den Patienten auf seine Beziehung zur Mutter aufmerksam gemacht hätte, berichtete er von dieser kleinen Auseinandersetzung wie von einem großen Triumph. In der nächsten Sitzung erzählte Herr D., er habe wieder soviel zum Nachtessen verzehrt, daß er zweimal erbrechen mußte, indem er mit dem Finger nachhalf. Ich fragte, warum essen Sie soviel? „Weil mir die Mutter soviel aufstellt.“ Ich deutete: Wenn Sie viel essen, geben Sie der Mutter recht und brauchen nicht zu fürchten, daß die Mutter Sie böse ansieht. In der nächsten Stunde erzählte Herr D. wieder aus seiner Kindheit, und zwar aus der Zeit, bevor er die grausamen Phantasien gehabt hatte, daß alle sterben sollten. Er sei furchtbar trotzig gewesen, hätte geschrien, und man habe ihm später gesagt, daß er dabei auch in Krämpfe verfiel. Er kann sich erinnern, daß ihn die Mutter oft unter den Wasserhahn hielt, bis er zu schreien aufhörte.

8. Das Mädchen

Etwa zehn Wochen nach Beginn der Behandlung wurden die geschilderten Abenteuer seltener. Der Patient hatte ein anständiges Mädchen kennengelernt, das er allabendlich traf und das er bald veranlaßte, sich auf ähnliche Weise lieblos zu lassen wie die früheren Partne-

rinnen, die er jeweils nur *einen* Abend lang sah. Er berichtet, wie außerordentlich ihn das Saugen an der Brust dieses jungen Mädchens befriedigte, und wie er gar nicht genug davon haben konnte. Ich sagte ihm: Wenn man an der Brust saugt, ist man wie ein kleines Kind, dann ist weder die Mutter noch das Mädchen böse. Er bestätigt, Karla, die neue Geliebte, habe gesagt, das dürfe er machen soviel er wolle, wenn er nur keinen Geschlechtsverkehr von ihr verlange. Seit der neuen Bekanntschaft war Herr D. seiner Mutter gegenüber selbständiger. Er hörte auf, über seinen Appetit zu essen.

Herr D. ging jetzt fast jeden Abend mit Karla spazieren oder ins Kino. Sein Bedürfnis, Alkohol zu trinken, war sehr gering geworden. Später kam es dazu, daß er auch diese Partnerin manuell befriedigte. Das geschah exzessiv, bis sie ganz wund Genitalien hatte; zu einem Orgasmus oder einer Erektion kam es bei ihm nicht. Ich fragte, warum er diese Liebkosungen so lange fortsetzen müsse. Er gab zur Antwort, er müsse ganz sicher sein, daß sie sich richtig freue; das sei so wichtig, weil er noch impotent sei. Ich machte ihn darauf aufmerksam, daß dabei ja sein eigenes Lustgefühl zu kurz kommen müßte. Er bestätigte dies insofern, als er sagte, daß oft *jedes* Gefühl bei ihm ausschalte und sich ihm während dieser Liebkosungen zwanghaft ein Wort aufdränge. Dieses Wort, ein vulgärer Ausdruck, verbindet Tod und Beischlaf. Dieses Wort hat ihn schon als Knabe fasziniert. Wenn die Buben mit Mädchen spielten, sprachen sie ständig davon. Er hat auch lange die Vorstellung gehabt, daß eine Frau nach dem Verkehr wie tot daliegen müsse. Diese Vorstellungen waren früh entstanden. Sie waren mit Beobachtungen von blutiger Wäsche und von Vorgängen verknüpft, die er als kleiner Knabe zu Hause gemacht hatte.

In den Wochen, in denen er mit sich kämpfte, ob er mit seiner Freundin, bei der er jetzt blieb, einen richtigen Verkehr haben dürfe, sagte er einmal, er würde es aus moralischen Gründen schon verantworten können, da er die Absicht habe, dieses Mädchen zu heiraten. Aber ein solcher Verkehr täte einer Frau doch weh. Auf meine Frage erklärte er, er habe bisher nur mit Frauen verkehrt, die schon viele Freunde gehabt hatten. Die hatten keine Schmerzen mehr dabei. Als Kind, lange vor der Schulzeit, als er noch im Schlafzimmer der Eltern schlief, habe er beobachtet, wie sie Verkehr hatten. Die Mutter habe vor Schmerzen geschrien und der Vater sei böse gewesen dabei. Diese sogenannte Urszene, die in der früheren psychoanalytischen Literatur oft als Trauma erwähnt wird, erzählte der Patient ausführlich und ohne den geringsten Affekt. In den nächsten Wochen hatte er mehrmals scherzhafte Ringkämpfe mit Karla und bekam dabei eine Erektion. Danach konnte er, ohne den erwähnten zwanghaften Gedanken, Verkehr haben, und das Bedürfnis, die Partnerin zu befriedigen, verlor die zwanghafte Dringlichkeit. Vom schlechten Gewissen der Mutter gegenüber, welches das bewußte Verhalten des Patienten stark beeinflusste, ließ sich eine Entwicklung zurückverfolgen, die über alte, wohl unbewußte Schuldgefühle wegen aggressiver Vorstellungen direkt zu der Störung des Triebverhaltens führte.

9. Versagung und Regression

Nachdem ich versucht habe, einiges von der sozialen Gehemmtheit des Patienten und von ihrer Analyse zu sagen, soweit sie mit der Sexualstörung in Zusammenhang stand, möchte ich einige Sonderlichkeiten bei der Wahl des Liebesobjektes, soweit sie faßbar scheinen, erklären. Während der Patient in den ersten Wochen der Analyse von den zahlreichen Abenteuern erzählte, stellte es sich heraus, daß er zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr ebenfalls zahlreiche Liebesabenteuer mit leichten Mädchen gehabt hatte, die ohne eine tiefere Bindung meist nur wenige Tage oder Wochen dauerten. Damals hatte er eine gute Potenz. Nachdem der Vater, von seiner Herzkrankheit genesen, während der letzten Jahre seines Lebens noch eine Arbeit annahm, die der Familie einen gewissen finanziellen Rückhalt brachte, hätte Herr Karl D. gerne geheiratet. Diese Idee stammte eigentlich von der Mutter, die meinte, ihr Sohn sei sexuell so stark veranlagt, daß nur eine Ehe ihn davor bewahren könnte, uneheliche Kinder zu zeugen oder sonst etwas Dummes zu tun. Zweimal umwarb der Patient sozial etwas besser stehende Mädchen, ohne intime Beziehungen mit diesen aufzunehmen. Beide Male endete es damit, daß er sich getäuscht und an der Nase herumgeführt vorkam. Wieweit es wirklich in der Absicht der Familien jener Mädchen lag, ihn an Stelle eines durchgegangenen Kindsvaters zu gewinnen, ist nicht sicher. Jedenfalls hat die Mutter des Patienten jedesmal eingegriffen, bevor es zu einer Verlobung gekommen

67

war. Die zweite Geschichte verlief besonders schmerzlich für den Patienten. Die einzige Erinnerung daran, die er heute nicht ganz abscheulich findet, ist die, daß der Vater der damaligen präsumptiven Braut ihm zum Trost ein prächtiges Hirschgeweih schenkte, das er heute noch zu Hause hat.

Herr D. war tief enttäuscht; er sei ein Vagabund wie der Vater, jedermann glaube, man könne ihn nur zum besten haben. Die Mutter widersprach dem nicht und ließ durchblicken, daß auch der Vater ein schlechter Ehemann geworden sei. Im Alter von 26 Jahren, einige Zeit nach der zweiten nicht zustande gekommenen Verlobung, wollte der Patient von Mädchen nichts mehr wissen. Er schloß sich sehr an einige Freunde aus dem Turnverein, besonders an den Vorturner, einen Trinker und schlechten Familienvater, an und saß in Wirtschaften herum. In einem benachbarten Wirtshaus bediente das damals 16jährige Töchterlein Minneli, in das er sich verliebte. Er verbrachte viele, viele Abende in dieser Wirtschaft und ließ viele hundert Franken dort. Seine Liebe äußerte sich in schüchterner und sonderbar zurückhaltender Art, wenn man sein bisheriges Leben betrachtet. Es kam selten zu ganz schüchternen Liebkosungen, einmal zu einem Kuß auf

die Stirne. Minneli scheint für den bedeutend älteren Arbeiter nicht viel übrig gehabt zu haben. Das Leben verlief in jener Zeit so eintönig, daß man die zwei Jahre, die diese Beziehung unseres Patienten dauerte, wie einen Tag beschreiben kann: am Tag Arbeit, am Abend Treffen mit Turnerfreunden, Kartenspiel und Trinken in der Wirtschaft, in der das Minneli bedient, ein, zwei Worte mit ihr gewechselt, dann ziemlich betrunken heim, nachts Bettnässen. Herr Karl D. erzählt die Geschichte vom Minneli sehr bald, in der 4. Stunde. Warum es eigentlich zu einem Bruch mit ihr gekommen ist, als sie bereits 18 Jahre alt war, ist nicht klar zu erfahren. Er sagt, er habe das Minneli der Mutter zuliebe aufgegeben. Es ist sehr schwer zu verstehen, welcher Mutter zuliebe. Ich muß den Patienten mehrmals fragen. Schließlich entschließt er sich: Es war der Mutter des Minneli zuliebe. Das klingt um so weniger einleuchtend, als er hinzufügt, diese Mutter habe ihn an das Minneli verkoppeln wollen, weil er als tüchtiger, braver Arbeiter bekannt und ein so guter Konsument in der Wirtschaft war. Seine eigene Mutter machte immer wieder Bemerkungen, man sehe ihn in der Wirtschaft unten nur so gerne, weil er so viel trinke. Die Mutter vom Minneli paßte einfach auf, daß ihrem so jungen Töchterchen nichts zustoße. Herr D. kam sich allmählich wieder genasführt vor, wurde immer trauriger und entschloß sich schließlich, nach einem kurzen Wortwechsel mit der Mutter des Minneli, nicht mehr hinzugeben. Seither hat er die Wirtschaft und auch eine Straße, die daran vorbeiführt, gemieden.

Herr D. führt seine Krankheit auf den Bruch mit dem Minneli zurück. Wir können ihm darin beistimmen und sagen, daß die neurotische Sexualstörung damals manifest geworden ist. Von da an hat er auch noch mehr getrunken. Er ist seither nie mehr sexuell potent gewesen und hat das früher beschriebene, rudimentäre und ausschweifende Liebesleben angefangen. Aus dieser Zeit stammte auch sein Hang zu kindlichen kleinen Mädchen. Er onanierte damals mit der Vorstellung vom Minneli, wie sie als Kind aussah. Dabei hatte er immer seltener eine Erektion. Er lag auf dem Bauch, stellte sich das entkleidete Kind vor und bekam einen Samenerguß. Die Stimmung war düster. Er kam sich getäuscht und minderwertig vor. Besseren Mädchen gegenüber ist der Patient mißtrauisch geworden. Kleine Mädchen auf der Straße kommen ihm überaus schön und anziehend vor. Er darf aber nicht recht hinsehen. Den Kollegen gegenüber prahlt er mit seinen leichten Liebesabenteuern: das soll heißen, ich bin ein Mann und normal.

Von Anfang an – ich erinnere daran, daß der Bruch mit Minneli etwa 4 Jahre vor den Delikt erfolgt ist – scheint Herr D. den Reiz, den kleine Mädchen auf ihn ausüben, wie etwas Fremdes empfunden zu haben. Dass Nicht-hinschauen-Dürfen ist von der Vorstellung begleitet, daß er sehen will, ob kleine Mädchen ein sexuelles Interesse für ihn aufbringen. Erst später kommt das Bedürfnis hinzu, diesen Kindern die Geschlechtsteile zu entblößen, sie anzusehen und zu betasten. Ich habe den Eindruck, daß der Patient öfters in mehr oder minder anzüglicher Weise mit Kindern

gesprachen hat, wie er es in der ersten Stunde erzählte, daß er aber nichts verschweigt, wenn er das bekannte Delikt als einzige tätliche Entgleisung hinstellt.

Es ist zu sehen, daß eine Regression in der Wahl des Liebesobjektes erfolgt ist. Die Regression ging von reifen, jedoch affektiv wenig wertvollen Liebesobjekten zurück zu einen halbkindlichen Liebesobjekt. Die Leitmotive waren Angst, nicht voll genommen zu werden – und was dahinterstand. Als es bei Minneli zu einer neuen Enttäuschung kam, bei deren

68

Zustandekommen das neurotische Versagen schon deutlich ist, stellte sich der Wunsch ein, Liebesobjekte zu haben, die ein Interesse für ich aufbringen, bei denen er sich aber überlegen fühlt. Bei kleinen Mädchen würde er nicht genasführt werden. Zumindest wollte er dies ausprobieren. Ich kann ergänzen, daß Karl D. in der Zeit, in der er eine Bande von Kindern anführte, reichlich das Spiel genoß, kleine Mädchen zu entkleiden und zu betasten. Wenn diese sich wehrten, wurden sie oft mit Drohungen, z. B. man werde die Polizei rufen und erzählen, was schon geschehen war, zu weiterem gezwungen. Noch beim Erzählen ist Herr D. stolz darauf, daß er bei diesen Mädchen der Beliebteste gewesen ist.

10. Triebkomponenten und ihre Schicksale

Daß die Regression gerade diesen Weg gegangen ist, ist aus der Verfolgung der sexuellen Triebkomponenten zu verstehen.

Das Schauen und das Zeigen hatte für Herrn Karl D. eine große Bedeutung. Während der ersten Analysestunde: Er zeigt dem kleinen Mädchen ein Bilderbuch mit nackten Wilden. In der fünften Stunde: er fühlt den gleichen bösen Blick wie bei der Mutter. Immer wieder fragt der Patient, ob ich ihn während der Sitzungen nicht mit dem bösen Blick hypnotisiere. Diese Fragen kamen meist, bevor er hinaus mußte, offenbar bei auftretender Spannung oder Angst. Ich sagte darauf immer: Ich habe keinen bösen Blick, wenn Ihnen das so vorkommt, meinen Sie, daß Ihre Gedanken erraten werden. Später einmal erzählt der Patient einen Angsttraum: Ihm gegenüber auf einem Sofa sitzt ein 12jähriges Mädchen, das er kennt. Er versucht sich niederzukauern, ihre Höschen zu sehen und ihr ans Bein zu greifen. Er erwacht mit furchtbarer Angst. Dazu erzählt er spontan. Als Lehrling war ich einmal bei meinem Meister zum Mittagessen eingeladen. Die Frau des Meisters saß nach dem Essen auf einem Sofa gegenüber. Als der Meister einen Augenblick aus dem Zimmer war, versuchte ich der Meisterin unter die Röcke zu sehen und sogar zu greifen. Es ist zu einem Skandal gekommen. Der Meister verzieh, sprach mit ihm und gab ihm einige Bücher, in denen viel von den Folgen der Onanie zu lesen war. Bis damals hat er, ohne sich ein

besonderes Gewissen daraus zu machen, täglich onaniert. Er schlief noch mit einem Bruder in einem Zimmer. Da er meinte, der Bruder könnte es sehen und ausplaudern, legte er sich von da an zur Onanie statt auf den Rücken auf den Bauch, drückte sich an die Matratze, ohne eine Bewegung zu machen. Nach einiger Zeit bekam er einen lustvollen Samenerguß, ohne eine Bewegung machen zu müssen, ohne entdeckt werden zu können.

Seitdem die Geschichte mit Minneli sich zerschlagen hat, muß er alle Mädchen daraufhin ansehen, ob ihr Gesicht ihm schön vorkommt. Wenn ein bestimmter Gesichtsausdruck vorhanden ist, stellt er sich den Geschlechtsteil vor. Im Grunde kommt ihm der Geschlechtsteil von erwachsenen Frauen recht häßlich vor. Ich mache den Patienten darauf aufmerksam, daß er mir einige Stunden vorher erzählt hat, wie es ihn erbittert, wenn seine Mutter, die mit den Jahren nachlässig geworden ist, vergißt, die Türe der Toilette zu schließen, wenn sie hineingeht. Da erinnert sich der Patient, als kleiner Knabe hat er einmal seiner Mutter unter die Röcke gesehen. Es war im Garten. Sie arbeitete etwas in jenem Beet, das er gerade jetzt im Frühjahr umstechen soll, eine Arbeit, die er immer wieder unter einem Vorwand hinausschiebt. Einmal, auch noch als Kind, hat er, ohne daß er weiß warum, mit größter Freude sämtliche Kohlköpfe auf diesem Feld mit einem Stock zerschlagen. Diese Verwüstung ist entdeckt worden, und er hat mit dem gleichen Stock fürchterliche Schläge bekommen.

Fast während der ganzen Analyse behält der Patient die Gewohnheit bei, nach einem spezifischen Ausdruck von Schönheit im Gesicht der Frauen und kleinen Mädchen zu forschen. Karla hat so manchmal ein schönes Gesicht, dann wieder nicht. Gegen Ende der Analyse kommt weitere Aufklärung. Sehen und Schauen bedeutet Besitzen. Wenn er seine Partnerin betastet, ist es nicht nur, um sie zu reizen, sondern auch um sicher zu sein, wie sie dort aussieht. Wenn er angesehen wird, und zwar erotisch erregt angesehen wird, heißt das, er darf seine Sexualität zeigen.

69

11. Triebfixierungen und Widerstandsanalyse

Schon bald nach Beginn der Analyse habe ich dem Patienten gesagt, sein Orgasmus bei den Abenteuern und der bei der Onanie erinnere an das Bettnässen. Die Veränderung seiner Masturbation während der Pubertät, Auf-den-Bauch-Liegen, Verschwinden der Erektion, Angst vor Entdeckung durch den Bruder wurde nach dieser Deutung erinnert. Dann erzählt er einen Traum, den er als Kind mehrmals gehabt hat: Er läuft über ein Feld, er wird von einem Unbekannten verfolgt, kommt zu Fall und wird vom Verfolger mit einem Stock auf das entblößte Gesäß geschlagen. Er liegt in einer feuchten Ackerfurche. Beim Erwachen und noch viele Stunden

später spürt er den Schmerz auf der Haut des Gesäßes. In den Wochen nach der Erzählung ist es oft so, daß das Auftreten einer Spannung während der Sitzungen, das sonst zu Harndrang führte, statt dessen von einem heftigen Schmerz an der Gesäßhaut gefolgt ist.

Zu diesem Traum frage ich die Einfälle des Patienten. Der Eindruck, daß der Traum eine Verdichtung verschiedener Triebregungen enthält, wird durch diese Einfälle verstärkt. Angst und Strafe betreffen das Gebiet der Onanie, die Beobachtung der Mutter bei der Feldarbeit, die Rückkehr zu der mehr urethralen Onanie nach der phallischen, die entdeckt werden könnte, den Komplex des Bettnässens. Ich deute nur den Zusammenhang von Wasserlösen und Onanieren, die Furche als das feuchte Bett, die Angst, für beides bestraft zu werden.

Hier möchte ich betonen, daß ich es nicht unternommen habe, das Auftreten von Harndrang in den Analysestunden mit einem Wort zu deuten oder auch nur zu erwähnen. Es schien mir vorteilhaft, daß Herr D. seine Angst so überwinden konnte. Bald war es auch klar, daß Einwände, Aggressionen jeder Art, gegen mich oder andere Personen, die der Patient äußern sollte, erst gesagt werden konnten, wenn er vorher auf die Toilette ging. Der, nach Christoffel, uropolemische Charakter dieses Harndranges ist wohl am klarsten in jener Phase zu sehen, die dem eben geschilderten Traum folgte. Jetzt folgen ausführliche Erzählungen aus der Zeit, als er eine Bande von Kindern anführte. Die wilden Spiele, bei denen er der Anführer war, gipfelten in wahren Seeschlachten, die sich die Kinder am benachbarten Fluß, Winter wie Sommer lieferten, und in dem Stehlen von Fischen. Noch früher, so erzählte er, hat er aus Trotz auch tags eingenäßt, wo er gerade war, und, wie er sich erinnert, im Trotz seinen Strahl sogar gegen die einschreitenden Erwachsenen gerichtet. Erst nach harten Strafen verlegte er das Einnässen ins Bett.

Bald kam ein Traum: Er will in einem Weiher, der hoch oben im Wald unweit von seinem Heimatdorf liegt, fischen. Es steht ein kleines Mädchen im Wasser. Das verscheucht die Fische. Plötzlich steht er selbst an Stelle des Mädchens, bis zum Gürtel im Wasser, und fängt einen Aal. Der Aal ist auf dem Land, wird immer größer, bäumt und windet sich. Der Fisch ist gleichzeitig furchterregend und schön anzusehen und wird so groß wie eine Tanne. Ich fragte, was mit dem Weiher los sei. Der Patient erzählt, der Vater habe nachts Fische gestohlen und die beiden Söhne dazu mitgenommen. Er habe ihnen eingeschärft wegzulaufen, wenn ein Waldhüter komme. So hätten sie oft Fische gestohlen. Die Mutter hat immer gesagt: Der Vater wird deshalb noch ins Gefängnis kommen. Das Mädchen im Wasser erinnert ihn an die Gespielin, der er mit dem Holen der Polizei gedroht hat, wenn sie seine sexuellen Spielereien nicht weiter zulasse. Während wir über diesen Traum sprechen, beschreibt Herr D. immer wieder den großen Aal. Plötzlich macht er mich darauf aufmerksam, daß er während dieses Gesprächs eine starke Erektion bekommen hat,

wie schon seit Jahren nicht mehr. Ich deute: Ja, vielleicht so stark wie der Aal. Zum erstenmal während dieser Behandlung lacht der Patient frei heraus.

Seit diesem Tag bekommt er Erektionen, sobald er sein Mädchen Karla liebkost.

Wenn man die Anschauung Christoffels auf die zweifellos stark ausgebildete Urethralerotik dieses Patienten anwenden will, hat die uropolemische Komponente sicher zur Ausbildung des Quantitätsehrgeizes und der heftigen sozialen Konkurrenzeinstellung des Patienten beigetragen. Die urophilen Triebregungen sind größtenteils in das masturbatorische und spätere perverse Sexualverhalten des Patienten eingegangen. Durch die früh gegebene Deutung, das Wasserlösen ist ähnlich wie ein Orgasmus, wurden die Zusammenhänge unklar. Es ist schwer zu sagen, was für das Zustandekommen der Regression bis zu den urethralen Triebfixierungen wichtiger war: die Gefahren, die mit einer reiferen Form des Sexualgefühls verbunden schienen, oder ob das orgasmische Urethralgefühl durch das Bettnässen

70

gleichsam aus der urethralen Phase in eine spätere herübergerettet worden war. Sicher ist aber, daß der Patient sowohl Trotz wie Auflehnung, als auch unbewußte Angst wegen verbotener Dinge, als auch die bewußte Angst, wegen dieser Dinge ertappt zu werden, im Harndrang erlebte und daß er schließlich auch das sexuelle Erleben urethral umgestaltet hat. Zu dieser Umgestaltung wurde sicher ein wichtiger Fixationspunkt gelegt, als die Pubertätsonanie sich verändert hat. Damals wurde aus dem sehr wilden und recht asozialen Jungen ein braver und tüchtiger Arbeiter.

In der Analyse war gut zu beobachten, wie bald das Bettnässen aufhörte und nur wieder auftauchte, wenn die Spannung der Mutter gegenüber, insbesondere Aggressionen, Wut und Vorwürfe, aber auch Schuldgefühle, stärker war als die Spannung, die der Patient auf den Analytiker übertrug. Sobald die Erzählungen wieder Dinge berührten, die ihm mehr zu schaffen machten als das, was er zu Hause gerade verbergen zu müssen glaubte, verlegte sich der Harndrang wieder in die analytische Sitzung. In der zweiten Hälfte der Analyse machte der Patient nicht mehr ins Bett. In einer der letzten Stunden trat wieder Harndrang auf, was schon lange nicht mehr der Fall gewesen war. Der Patient erzählte von einer Auseinandersetzung mit einem Onkel, die er kürzlich gehabt hatte. Diesmal wich ich von meinem bisherigen Verhalten ab und bat Herrn D., nicht auf die Toilette zu gehen, sondern mir zu sagen, was ihm in den Sinn komme. Er begann zu schildern, was dieser Onkel doch für ein geiziger Bauer sei, wie er ihn und seine Mutter einmal verächtlich behandelt habe, und geriet recht heftig ins Schimpfen, wie er es sonst gegen einen so gut gestellten älteren Herrn nie gewagt hätte. Ich sagte dem Patienten, er könne jetzt hinaus. Er ging, kam aber zurück und sagte, er habe diesmal nicht Wasser lösen

müssen, der Harndrang sei verschwunden. Seither, und damit greife ich auf die Katamnese, hat der Patient nur 2- oder 3mal ins Bett gemacht. Er hat mir darüber berichtet. Es geschah einmal nach einem Streit mit der Mutter, bevor er sich entschloß, ihr zu sagen, sie müsse das Haus verlassen. Ein andermal geschah es, bevor er eine größere Auseinandersetzung mit seinen Chefs in der Fabrik haben mußte. Herr D. hat sich diese Rückfälle selbst gedeutet und mir bei seinen Besuchen lachend berichtet.

Ich hoffe, Sie haben aus der Darstellung dieser von mir künstlich in Einzelzüge aufgelösten Charakter- und Sexualstörungen den Eindruck bekommen, daß bei diesem Patienten die Analyse scheinbar widerstandsfrei verlief. Dies war auch äußerlich gesehen der Fall. Die Linien, die von einem krankhaften oder zumindest gestörten Charakterverhalten zurück in die Kindheit einerseits und zu einem krankhaften Triebleben führten, waren vielfach miteinander verwoben, entwirrten sich aber ohne großes Eingreifen. Ich gab wie gesagt nur wenige Deutungen. Der Anweisung von W. Reich folgend, habe ich das Verhalten des Patienten in der Analyse, sofern es mir den Sinn eines Widerstandes zu haben schien, so bald gedeutet, als dies irgend möglich war, ohne viel Worte zu brauchen. Ich habe bald einmal gesagt: Sie erzählen so ausführlich, damit sie nicht auf mehreres zu sprechen kommen. Oder Sie erzählen so viel, wo überall Sie ein ‚Hirsch‘ sind, damit ich nicht draufkommen soll, daß Sie das Gegenteil sind. Der Widerstand fand sich wohl im Verhalten und in den Charakterhaltungen und war mit den abgewehrten oder verdrängten Engrammen nur lose verknüpft. Inhaltliche Deutungen habe ich nur sehr sparsam gegeben. Ich habe z. B. gesagt: Das Minneli war schon erheblich jünger als andere Frauen; oder, die Kinder waren noch jünger als das Minneli, von denen konnten Sie noch weniger genasführt werden.

12. Sexualverbot und perverses Verhalten

An Karla, mit der sich der Patient etwa zwei Monate nach Beginn der Analyse angefreundet hat, stellte sich sein reifes Sexualeben wieder her. Wenn ich diesen Vorgang zusammenfasse, kann ich folgende Phasen hervorheben. Die Bekanntschaft mit diesem „besseren“ Mädchen wird möglich, nachdem die schwersten sozialen Hemmungen abgebaut sind. Er muß nicht mehr den ‚Hirsch‘ spielen. Er wagt es, mit ihr auszugehen. In der Vorlust, im Saugen an der Brust, regrediert er zu einem kleinen Kind. Jetzt ist er der eigenen Mutter noch gleichsam hörig. Diese Vorlust macht der anderen Platz, das Mädchen mit dem Finger zu reizen. Sozial ist er sicherer, auch weil es nicht zum letzten kommt und er nicht fürchten muß, ein Kind zu zeugen, wovor die Mutter immer warnte. Eine Erektion ist noch nicht vorhanden. Die Vorlust tritt erst zurück, nachdem die Befürchtungen und Wünsche um das

71

Schauen und Gesehenwerden zur Sprache gekommen sind. Die erektive Potenz tritt ein, nachdem der Patient den Traum mit dem Aal erzählt hat. Es ist sehr deutlich, wie diese Periode eigentlich mit der urophilen Regression Schluß macht, wie damals bereits die Verknüpfung von urethralem und genitalem Gefühl, die offenbar zur Zeit der Pubertätsonanie entstanden ist, aufgelöst wurde. Es braucht noch geraume Zeit, bis er eine Immissio penis wagt. Dies ist möglich, da Karla damit einverstanden ist, da sie seine infantilen Vorluststadien gestattet hat und da der Trotz und die Aggressionen gegen Autoritäten mit den zugehörigen Schuldgefühlen geringer geworden sind.

Etwa zwei Monate nach dem ersten Verkehr mit Karla kommt es zu einer Schwangerschaft. Der Patient hatte keinerlei antikonzeptionelle Mittel gebraucht. Ich hatte ihn auf die Wahrscheinlichkeit einer Schwängerung aufmerksam gemacht, er hat sich aber gedacht: Ich werde doch nie ein eigenes Kind kriegen. Karla sucht einen Arzt auf, den sie von der Kindheit her kannte, ohne Herrn D. etwas vom Ausbleiben der Regel zu sagen. Dieser Arzt versprach ihr, nach einer kurzen Konsultation, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Dann machte er einen Versuch in dieser Richtung, der wohl untauglich war, und entließ sie mit dem Rat, einen anderen Arzt aufzusuchen. Erst jetzt erfuhr der Patient von der Sache. Er kam sehr aufgeregt zu mir in die Stunde und erzählte die Geschichte so, wie er sie von Karla gehört hatte. Ich erwiderte vorerst nichts. Schließlich begann Herr D. ganz vorsichtig anzudeuten, es komme ihm so vor, daß jener Arzt nicht richtig gehandelt habe. Karla hätte im Grunde gerne das Kind behalten. Ich sagte immer noch nichts. Er meinte: Es wäre gar nicht so schlimm, das Kind. So finde er eher den Mut, Karla zu bitten, ihn zu heiraten, und auch diese Heirat vor der Mutter zu verfechten, die es wohl nicht gerne sehen würde, wenn er eine Reformierte heirate. Schließlich fragte er, was ich zu einem solchen Arzt meine. Ich sagte, dieser Arzt komme mir gutmütig, aber dumm und wenig gewissenhaft vor. Der Patient ging ziemlich verwirrt weg. Ich blieb mit gemischten Gefühlen zurück.

Bis zur nächsten Stunde hatte er sein Mädchen überredet, das Kind zu behalten. Sie war sehr gerne einverstanden, ihn zu heiraten. In diesen Tagen erzählte er ihr auch von seiner sonderbaren Leidenschaft zu kleinen Mädchen und vom Bettnässen. Wenige Tage darauf fuhr er zu Karlas Eltern und machte dort die Verlobung ab. Seine Mutter hatte mit Worten wenig einzuwenden. Ihr stiller Vorwurf und ihr Seufzen beeindruckten den Patienten nicht mehr stark. Er meinte, es sei schwer für die alte Frau, sprach mit dem Pfarrer, und dieser hatte jetzt die Aufgabe, die Mutter mit dem Schicksal ihres Sohnes zu befreunden. – Von jetzt an war die Ejaculatio praecox verschwunden, die sich noch gelegentlich gezeigt hatte.

Die kindlichen Mädchen haben den Patienten noch immer angezogen, wenn auch lange nicht so stark wie vorher. Meist hatte er nur das Gefühl, es sei besonders schön, wenn er ein kindliches Mädchen sah. Dann kam ihm der Gesichtsausdruck der Karla nicht so besonders schön vor. Aus der Katamnese kann ich erwähnen, daß die Geburt seines Söhnchens für Herrn D. ein großes Ereignis bedeutete. Er setzte es gegen den Widerstand der Hebamme durch, während der ganzen Dauer der Geburt anwesend zu sein, er weinte vor Freude, als das Kind schließlich da war. Nach der Geburt ist, so berichtet er, seine Leidenschaft für Karla noch größer geworden.

Auch das, was in der Analyse zum Verständnis der schweren Sexualstörung beitrug, will ich zusammenfassen. Sie werden verstehen, daß ich nie von einer eigentlichen Perversion gesprochen habe. Das perverse Verhalten war dem Patienten nie so selbstverständlich geworden, daß er es als die eigentliche Form der Sexualität empfand. Das Bewußtsein, sexuell behindert und gestört zu sein, war erhalten geblieben. Wir können dies schon daraus vermuten, daß trotz starker Schuldgefühle keine Tendenz bestand, seine Verfehlungen irgendwie zu bagatellisieren oder dem Arzt gegenüber zu verstellen, gleichsam um sie zu bewahren. Während zwei Tagen der Untersuchungshaft hatte Herr D. zwar geleugnet, der Täter gewesen zu sein; dies war aber nur durch den Wunsch begründet, die Mutter solle nichts davon erfahren. Als er darauf kam, die Mutter würde jedenfalls von der Sache hören, gestand er sofort alles.

Den Regressionsweg zu den kindlichen Objekten habe ich geschildert. Die Beziehung zu den Kindern wurde *dann* als weniger schuldhaft empfunden, wenn die Mädchen sich um ihn kümmerten, nicht er sich um sie. Das war auch im Tatbestand deutlich, ebenso wie die urethrale Komponente, die erektive Impotenz, das kindliche Zeigen seiner Kenntnisse an den Erdbeeren. In der Erinnerung an die triebstarke Kindheit fühlt er sich den Kindern

72

überlegen; bei ihnen sind auch seine infantilen Triebregungen besser am Platz. Von ihnen kann man nicht getäuscht werden, wie von einer erwachsenen Frau. Wenn er seinen Geschlechtsteil vorweist, bedeutet das auch den Beweis, daß er einen hat, was wieder urethral am deutlichsten gefühlt wird; er will auch ständig nachsehen, ob die Kinder nicht ein Genitale haben wie die Mutter, für dessen Anblick man bestraft wird. Die Aggressionen der versagenden Instanzen haben sozusagen auf ganzer Linie gesiegt. Die aggressiven Tendenzen aus dem Triebleben des Patienten mußten weichen, was nicht nur aus der erektilen Impotenz zu sehen ist. Den Konflikten aus der Reifung des Trieblebens wird ausgewichen, zurück auf frühere Stadien, in denen eine angstfreiere Befriedigung möglich war.

Der Wunsch, kleine Mädchen anzusehen, wurde schon während der ersten Monate der Analyse von der Furcht überdeckt, hinzusehen, wenn er ein „schönes“ Kind sah. Dann würde er sich vielleicht wieder sexuell vergehen. Es scheint mir, daß diese Furcht, die der Auflösung der krankhaften Triebfixierung im Wege stand, sie gleichsam konservierte, am ehesten dadurch überwunden worden ist, daß ich dem Patienten gestattete, in der Identifizierung etwas Verbotenes zu tun. Es war gerade Mai. Bald nach der Erzählung des Traumes mit dem Aal berichtete Herr D., er sei oben im Wald nahe bei jenem Weiher gewesen, um Frauenschuh, eine wilde Orchidee, zu pflücken; das sei verboten. Er habe die Blumen der Karla gebracht. Schon als Kind habe er ganze Sträuße von Frauenschuh geraubt. Ich sagte, solche Frauenschuh habe ich auch als Kind gepflückt, obzwar ich wußte, daß es verboten war. Ich würde gerne auch welche haben. Herr D. sagte darauf nichts, fuhr aber nach der Stunde mit dem Velo heim, ging auf den Berg, kam um 9 Uhr abends nochmals zu mir und brachte einen Strauß der verbotenen Blumen, versteckt in einem Strauß gewöhnlicher Feldblumen.

Aus der Katamnese kann ich ein analoges Vorgehen berichten. Nach Abschluß der Behandlung, als Hochzeitsgeschenk, brachte ich ihm ein Bild, eine schöne gerahmte Reproduktion. Ein Künstler der Renaissance hat ein betendes schönes Mädchen, nicht mehr Kind und noch nicht Frau, vor einer Flußlandschaft dargestellt. Es scheint mir, daß die Verklärung durch das Gebet eine unverhohlene Sinnlichkeit nicht auslöscht, die von diesem Antlitz ausgeht. Karl D. hat dieses Bild lange betrachtet und immer wieder angesehen. Die junge Gattin soll anfangs auf das Bild etwas eifersüchtig gewesen sein, dann aber selbst verlangt haben, daß es über das Bett der Eheleute gehängt werde.

13. Triebhaftigkeit; Katamnese

Wir können annehmen, daß dieser Patient konstitutionell triebstark war. Als Kind hat er urethral und im Schauen und Zeigen eine starke Triebabfuhr erlebt. Erst die pubertäre Triebhaftigkeit war von großem Schuldgefühl belastet. Visuelle, urethrale und taktile Befriedigungen blieben noch möglich, als die Regression des Triebobjektes eingetreten war. Fenichel faßt die psychoanalytische Ansicht über das Zustandekommen von Triebfixierungen so auf: Übermäßige Befriedigung auf einer Stufe erschwert den Übergang zur nächsten. Ein abrupter Wechsel von exzessiver Verwöhnung in einer Triebrichtung und brutaler Versagung begünstigt Fixierungen; wenn die Triebbefriedigung auf einer Stufe angstbeschwichtigend ist, wird diese anderen Möglichkeiten der Befriedigung vorgezogen. Eine Regression erfolgt vorzüglich auf jene Stufen, auf denen eine angstfreie Befriedigung möglich war. W. Reich hat den von ihm benannten „triebhaften Charakter“ hauptsächlich auf eine Entwicklung zurückgeführt, in der eine infantile

Triebkomponente zu exzessiver Befriedigung gekommen ist, um dann von einer plötzlichen oder heftigen Versagung betroffen zu werden. – Die Angst, die hier bei der brutalen Versagung in Erscheinung getreten sein muß, von der wir vermuten, daß sie die so aufgeschaukelten Triebe getroffen haben, ist in der Behandlung wenig direkt in Erscheinung getreten. Wahrscheinlich ist sie großenteils im sozialen Verhalten aufgegangen, konnte durch das perverse Verhalten umgangen und in der Behandlung bei der Auflösung der sozialen Hemmungen überwunden werden. In dem Traum, in dem der Patient von Verfolgern geschlagen wird, tritt sie noch am deutlichsten in Erscheinung.

Eine gewisse hypochondrische Ängstlichkeit ist zurückgeblieben. Der Patient hat gelegentlich Angst, er könnte sich erkälten, ist schlechter Laune, wenn das der Fall ist, und dies ist wieder verknüpft mit der Angst, einen Halskrebs zu kriegen wie der Vater. Ich konnte

73

diese Ängste, die sich in einem recht erträglichen Rahmen hielten, nicht auflösen, ohne die Behandlung zu verlängern. Ich habe es auch vermieden, während der Analyse auf die Schwerhörigkeit einzugehen, da sie nur während der ersten Stunden psychogen verstärkt war, wenn der Patient nicht hören mochte, was ich sagte, dies aber ohne Deutung verschwand. Später ließ ich ihn durch einen Ohrenarzt untersuchen. Es besteht eine beidseitige Innenohrschwerhörigkeit konstitutioneller Art, verstärkt durch akustische Traumata.

Die Behandlung Herrn D.s ist vor etwa 4½ Jahren abgeschlossen worden. Deshalb kann man nicht wissen, ob es zu einer bleibenden Heilung gekommen ist. Ich habe den Patienten seither mehrmals gesehen. 7 Monate nach Schluß der Behandlung brachte er mir einen Strauß Frauenschuh. Damals berichtete er von der Geburt seines Sohnes. Er fügte hinzu, daß er sich einen Rausch angetrunken habe, den einzigen, seitdem er bei mir war. Etwa ein Jahr nach Abschluß der Behandlung sucht mich der Patient auf und berichtet, daß es zu Hause nicht gut geht. Die Mutter sei eifersüchtig auf seine Frau. Es gebe Streit. Er habe einmal ins Bett gemacht, weil er nicht gewagt habe, die Mutter zurechtzuweisen. Ob ich meine, daß er die Mutter forttun soll. Ich sage, daß dieser Wunsch mir verständlich vorkommt; er soll tun, was er für richtig hält. Gleichzeitig bitte ich Herrn D., der uneinsichtigen Familie eines anderen Patienten von mir über seine Heilung zu berichten. Er sucht diese Familie auf und versucht in einem dreistündigen Gespräch, ihre Bedenken zu zerstreuen. Im Mai 1953 ist Herr D. bei mir erschienen. Er hat, weil wieder die Jahreszeit da ist, einige Frauenschühli in einem Strauß von Feldblumen gebracht. Bei der Arbeit und zu Hause geht es gut. Die Mutter ist seit Weihnachten beim Bruder in Bern. Der soll auch einmal etwas für die Familie tun. Er spricht manchmal telephonisch mit der Mutter. Die Frau ist wieder schwanger. Beide freuen sich auf das Kind. Genaues Befragen nach sämtlichen

Symptomen ergibt, daß er noch einmal bettgenäßt hat, seit die Mutter fort ist. Kleine Mädchen ziehen ihn nicht mehr besonders an. Manchmal findet er ein solches Kind noch schön und kann dann einen Moment nicht hinschauen. Er denkt dann: warum wohl?, schaut hin und muß über sich selbst lächeln. Herr Karl D. sieht etwas magerer aus, seine Gesichtszüge scheinen etwas differenzierter zu sein als früher. Er hat einige Sorgen mit Geld, wegen Anschaffung von Möbeln. Eine weitere katamnestische Kontrolle erfolgt im Juni 1954, eine kurze telephonische Kontaktnahme (von mir ausgehend) im Sommer 1955. Der Patient macht einen zufriedenen und gelösten Eindruck und freut sich über seine beiden gesunden Kinder. Als ich frage, ob er einverstanden ist, daß ich über ihn berichte, sagt er lachend ja, ich müßte seinen Namen nicht weglassen. Er schäme sich nicht, wenn man von ihm erzähle, was war.