

(Im Auszuge vorgetragen an der IX. Landeskonferenz der ungarischen
Psychiater in Budapest am 9. November 1926.)

Lebensziel als psychotherapeutischer Faktor.

Von

Prof. Dr. Jenö Kollarits (Budapest) in Davos.

(Eingegangen am 9. November 1926.)

I. Psychische Führung zum Lebensziel bei den Charakterneurosen.

Als ich vor 30 Jahren anfing, mich dem Studium der Nervenkrankheiten zu widmen, schien die Psychotherapie recht einfach zu sein. Der Patient, der sich beklagte: „Es tut mir vom Scheitel bis zur Sohle alles weh, inwendig und auswendig“, wurde mit den Methoden der inneren Medizin gründlich untersucht. Wenn nun die Untersuchung ergab, daß Lunge, Herz, Leber, Magen, Darm usw. gesund waren und daß kein organisches Leiden des Nervensystems vorliege, so verordneten wir Hydrotherapie, irgendein roborierendes Mittel, wobei die psychotherapeutische Seite unsrer ärztlichen Tätigkeit sich in der suggestiven Wirkung unsrer Person und darin erschöpfte, daß wir den Patienten versicherten, kein organisches Leiden an seinem Körper gefunden zu haben. Wir hofften, daß diese Versicherung genügen wird, seinen Krankheitsgedanken zu bannen. Große Rolle spielte damals die Überernährung, die Weir-Mitchel-Kur und verschiedene andere Methoden, die auch heute gute Resultate geben. An der Klinik unsres Lehrers *Jendrassik* wendeten wir unter anderm eine Art der Elektrotherapie an, die der Meisterscherhaft „Parlandoelektrisierung“ nannte, weil dabei nicht der Strom ausschlaggebend war, sondern unsre suggestiv-persuasive Fähigkeit, mit welcher wir versuchen mußten, den Patienten günstig zu beeinflussen. Sorgsam mußten unsre Elektroden jenen Körperteil meiden, auf den sich die Klage bezog, um „den Gedanken des Patienten nicht an sein vermeintlich krankes Organ anzunähen“. Dieser letzte Satz galt nur bei der Überrumpelung nicht, die wir an der Klinik *Jendrassiks* schon um 1902 anwandten, indem wir in einer einzigen Sitzung mit schmerzlicher Faradisation z. B. der Kehlkopfgegend bei hysterischem Mutismus, der Blasengegend bei hysterischer Harnverhaltung die Heilung anstrebten. Die Methode ist heute als *Kaufmannsche* Methode bekannt. Auch die Absonderung der hysterischen Patienten inmitten des gemeinsamen klinischen Krankensaales haben wir schon 1902, also Jahre vor

Dejerine, mit um ihre Betten gestellten spanischen Wänden systematisch betrieben.

In gewissen Fällen war die drastische Methode der Beruhigung, indem wir dem Hypochondriker sagten, daß er nicht krank sei, gar nicht so schlecht. „Manche Nervöse müssen vom Arzt ferngehalten werden“ — lehrte unser Meister, und es wurde damit vermieden, daß die voraus besprochenen Besuche ein Hindernis der Genesung seien, indem sie den Patienten immer an sein Leid fesseln mußten, das er nicht vergessen konnte, weil er seine Klagen doch für den Besuch gezwungen war zu sammeln. Es gab aber auch nervöse Patienten, bei welchen unsre gut gemeinte Versicherung der Gesundheit erfolglos blieb. Sie gingen vom Arzt zum Arzt, bis sie einen Kollegen ausfindig machten, dessen Art und Wesen ihnen am meisten zusagte. Es kann auch heute für richtig gelten, daß es eine einheitliche Methode der psychischen ärztlichen Behandlung nicht gibt, und daß ein intuitiv gegebener Zuspruch, der dem einen Leidenden prächtig paßt, den anderen unbeeinflußt läßt. Bei dieser „Ausprobierung“ der Ärzte — dies ist der Ausdruck einer Patientin — kommen die zueinander passenden Ärzte und Patienten zusammen, deren gegenseitiges Verständnis die erwünschten Erfolge zeitigt.

Als ich das Material zu meinen in 1910 gehaltenen Universitätsvorträgen sammelte, die 1912 als Buch unter dem Titel „Charakter und Nervosität“ erschienen¹⁾), ging ich eine Zeitlang vom Gedenken aus, daß in jedem Falle ein psychisches Trauma, ein die Nervosität auslösendes Ereignis dem Ausbruch der Psychoneurose zur Wiege gestanden haben mußte. Ich suchte eifrig nach dieser „auslösenden Bedingung“. Oft fand ich sie, andermal nicht. Bemerkenswert ist, daß die Auslösungsmomente nicht selten vom Patienten gar nicht mit dem Leiden in Zusammenhang gebracht wurden. Recht oft sind die psychoneurotischen Symptome nach Abklingen der psychischen Reaktion sozusagen von selbst zur Ruhe gekommen. Andermal fand ich ungelöste Konflikte, die einen ständigen Stachel für die Psyche des Leidenden bedeuteten. War der Stachel aus der seelischen Wunde entfernt, so heilte sie spontan. Anderseits mußte ich jedoch bald einsehen, daß diese psychischen Stacheln oft ganz geringfügige Dingchen waren, die einem normalpsychischen Menschen nie ein Leid angetan hätten. Die Bedeutungslosigkeit solcher Anlässe für die normale Psyche zeigten mir, daß der Fehler in diesen Fällen nicht so sehr in den Anlässen, sondern im Charakter des Menschen staken. So kam ich zum Gedanken, daß jede Art der sogenannten Psychoneurosen in der Charakterart des betreffenden Menschen verankert ist, und daß allen bestimmten Sorten der psychischen Erkrankungsformen je eine bestimmte Charakterart entspreche, wobei man freilich nicht außer Acht

lassen darf, daß es so schwere Schicksalsschläge gibt, bei welchen eben der Mangel einer nervösen Reaktion anormal wäre. Ich nannte deshalb die Psychoneurosen *Charakterneurosen*.

Bei eingehender Prüfung aller diesen größeren oder kleineren psychischen Konflikten, die bei bestimmten Charakterarten als Auslösungsbedingungen der diesen Charakterarten entsprechenden Psychoneurosen dienten, mußte ich bald zwei der Psychotherapie widerstrebende Tatsachen feststellen. Die eine war, daß jene Patienten, die auf allzu kleine Psychotraumen mit ihren speziellen Charakterneurosen reagierten, beim Abklingen ihrer Psychoneurose sehr schnell den nächsten ebenso unbedeutenden Konflikt fanden, der keinen normalen Menschen aus dem Häuschen gebracht hätte. Dabei — und das ist wichtig — war die Art der charakterneurotischen Reaktion nie durch die Art des Psychotraumas, sondern immer durch die Art der neurotischen Persönlichkeit, durch die Art des Charakters des Betroffenen bestimmt. Mit anderen Worten, reagierte eine Hysterica nie mit Paranoia, sondern immer mit Hysterie. Ein Paranoiker reagierte immer, bei jeder Art von Erregung, mit Paranoia, und nicht mit Manie, und der Melancholiker reagierte sogar oft geradezu auf freudige Aufregung mit Depression. So fing z. B. eine depressive Neurotikerin bei den lustigsten Tanzmusik tönen an zu weinen usw.

Der zweite Umstand, den ich als unsren therapeutischen Zielen widersprechend feststellen mußte, war, daß es eine große Anzahl von äußerst ernsten Konflikten gibt, die mit dem besten Willen nicht beseitigt werden können. So kann z. B. nicht eine jede unglückliche Heirat, die immer und immer wieder neurotische Symptome hervorruft, gelöst werden, und wenn sie gelöst werden kann, können wir gewiß oft voraussagen, daß die Frau, die am ersten Mann so vieles auszusetzen fand, nach der Trennung von diesem, in der folgenden Ehe auch unzufrieden und nervös sein wird. Kinderlosigkeit, körperliche Krankheiten, können oft überhaupt nicht, oder nicht so schnell beseitigt werden. Ein materieller Verlust, der das Wohlergehen einer ganzen Familie untergrub, kann ebenfalls nicht im Nu ungeschehen gemacht werden. Damit fällt sowohl im Falle der allzu kleinen Konflikte, wie im Falle der unlösbar Konflikte die Möglichkeit weg, die Heilung durch Ausschaltung der auslösenden Ursache zu erreichen. Dies bedeutet nicht, daß wir in allen Charakterneurosen nicht bestrebt sein sollen, diese sogenannten auslösenden Momente aufzusuchen und nach Tunlichkeit auszuschalten. Wenn es uns gelingt sie zu finden und beseitigen, werden wir in gewissen Fällen Wichtiges erreicht haben. Interparenthesism möchte ich andeuten, daß ich die spezifisch infantil-sexuellen Freudschen Mechanismen nicht als die Neurosen auslösenden Momente betrachte, wenn es auch Patienten gibt, die sich derartig suggerierte

Ätiologien einreden lassen. Die Erfolglosigkeit der Psychoanalyse, die nicht psychoanalytische Ärzte bei den von Psychoanalytikern analysierten Patienten so oft sehen, und von welcher die Psychoanalytiker so wenig zu erzählen wissen, hat ihre Grundlage nicht darin, daß es den Psychoanalytikern nicht gelungen ist, genug tief in die psychosexuelle Sphäre einzudringen, und von dort den Stachel herauszu ziehen, sondern darin, daß die psychoanalytischen Stacheln eben bedeutungslos sind.

Ohne also die Wichtigkeit der Beiseiteschaffung des Konfliktes, wenn ein solcher in ernster Weise vorhanden ist, zu verneinen, müssen wir für solche Charakterneurotiker, die durch ihre psychische Eigenart immer und immer wieder in neue Konflikte gestürzt werden, wie auch für solche, deren Konflikte nicht zu beiseitigen sind, andere therapeutische Wege anbahnen.

Der Ausgangspunkt zu diesen Wegen ist aus der Erfahrung ergeben, aber auch aus der Überlegung, welche Bedeutung für den Menschen ein Konflikt ernsterer Sorte überhaupt haben kann. *Jeder Konflikt bedeutet, daß die Strebungen und Lebensziele des Menschen beeinträchtigt, oder unmöglich gemacht werden.* Wenn durch die Behebung eines Konfliktes ein psychotherapeutischer Erfolg erreicht werden kann — und solche Fälle gibt es gewiß — so wird dieser Erfolg erreicht, weil der Psychoneurotiker dadurch wieder freien Weg für normalmenschliche Strebungen und Ziele gewonnen hat. Der Charakter, der bei kleinlichen Anlässen mit seinen spezifischen charakterneurotischen Erscheinungen reagiert und der bei Behebung eines solchen bald wiederum durch für uns ebenso unbedeutenden Anlaß ins tiefste psychische Unglück gejagt wird, ist ein mangelhaft organisierter Organismus, dessen Fehler eben in der Schwäche der Lebensziele oder überhaupt in ungesunden, abnormalen, schiefen oder überspannten Lebenszielen liegt.

Im ersten Fall, wo die Konflikte nicht aufgehoben werden können, muß der Psychotherapeut den Patienten helfen, die nicht zu beseitigenden Konflikte psychisch zu überwinden, und ihm dazu die Anleitung geben, indem er ihm *Lebensziele* vorhält, die den Umständen angepaßt sind. Im zweiten Fall, wo es sich um immer wieder aufglimmende, alte oder entstehende neue Konflikte handelt, die für normale Menschen nie Wichtigkeit erlangen könnten, liegt die Aufgabe des Psychotherapeuten darin, entsprechende *Lebensziele zu finden* und den Patienten andauernd in die Richtung dieser Lebensziele zu führen. In Angesicht ernster Lebensziele verschwindet die Bedeutung vieler Psychotraumen. Charakterneurotiker, deren Lebensziele abnormal, schief oder überspannt sind, müssen von diesen abgewendet und *normalen Zielen zugeführt* werden. Dies ist in kurzem Auszuge das Wesentliche

in der *Lebenszieltherapie*, worin auch die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit enthalten sind. Diese liegen dort, wo ein Lebensziel nicht mehr vorhanden sein kann, sei es, weil der psychische Schlag die Lebensziele vernichtete, sei es, weil der Charakter des Patienten derart mangelhaft organisiert ist, daß er keinen einigermaßen würdigen Lebenszweck auch mit Hilfe der psychotherapeutischen Führung anzunehmen fähig ist. Da muß sich die psychische Führung auf die Beruhigung ins Unabwendbare begnügen.

Ich wurde zu dieser Auffassung durch die beweisende Kraft der Tatsachen schon zu jener Zeit gedrängt, als ich noch ausschließlich die früher allgemein angenommenen Methoden anwandte. Ich sah, wie Psychoneurotiker, denen keine Persuasion nach *Dubois*, keine Suggestion, keine Hydrotherapie half, in kurzer Zeit gesundeten, als sie sich Lebensziele fanden. Ich sah einen auf unmoralische Wege verfallenen Jüngling, der seine auf psychischem Infantilismus beruhende moral insanity verlor, als es mir gelang, ihm einen erhebenden Lebenszweck zu suggerieren. Ich sah die Phobie eines Gymnasiasten heilen und nie wieder zurückkehren, als er als Universitätsstudent in seinem Beruf einen begeisternden Lebenszweck fand, und sah eine hartnäckige Phobie eines jungen Mädchens verschwinden, als wir ihr suggerierten, daß sie nun zu einem großen Mädchen erwachsen, die Ballkönigin in ihrer Heimatstadt werden wird, wohl ein nicht anormales Lebensziel für ein Mädchen ihres Alters. Auch Schlaflosigkeit sah ich bei relativ harmlosen Medikamenten schwinden, als der Patient, der seinen Beruf aufgeben mußte, die Möglichkeit seiner Weiterentwicklung in einem neuen Beruf gesichert sah.

Diese Beispiele, die um Dutzende von Fällen vermehrt werden können, sollen hier nicht als merkwürdige Kuriosa, sondern als Fälle des Alltags vorgeführt werden, die ihre zwingende Logik eben durch diese Alltäglichkeit bekommen. In anderen Fällen verschlimmerte sich der Zustand inmitten der besten therapeutischen Resultate, als das Lebensziel durch irgendein Geschehnis gefährdet war. Was der Verlust des Lebenzieles bedeutet, zeigt uns eine Reihe von Fällen, von welchen gewiß ein jeder aus seiner Erfahrung Beispiele kennt. Ein Greis beendet sein langes Leben mit einem Pistolschuß in einem unbewachten Augenblick, nachdem er seinen Selbstmord voraus ansagte und mit der Zwecklosigkeit seines Lebens motivierte. Ein Gymnasiast erklärt, daß er das Leben zwecklos findet und nur darum keinen Selbstmord verübt, weil er seinem Vater keinen Kummer bereiten will. Der Gymnasiast wird Universitätsstudent und wiederholt seine Worte im trauten Kreise. Er wird Arzt und steht vor seiner Ernennung zum klinischen Assistenten. Da stirbt der Vater, und der hoffnungsvolle Mann vergiftet sich mit einer großen Dosis intravenöser

Morphiuminjektion. Es gelingt, ihn zum Bewußtsein zurückzubringen. Da wiederholt er, was er schon seit mehr als 10 Jahren gesagt hat, und stirbt. Ein Beispiel eines charakterneurotischen Selbstmordes.

Mit Mästen eines körperlich schwachen Psychoneurotikers können wir sein körperliches Wohlsein und seinen Lebensmut stärken. Mit Hydrotherapie kräftigen wir den Tonus seines vegetativen Systems, was jedenfalls eine sehr bedeutende Hilfe für unser therapeutisches Bestreben sein kann. Mit Persuasion und Suggestion erreichen wir Beruhigung, die auch günstig auf die ganze Körperlichkeit auswirkt. Die Isolation bringt den Psychoneurotiker aus jener Umgebung heraus, aus welcher ihm ungünstige psychische Einwirkungen zugehen. Wenn es uns gelingt den Konflikt zu finden, der den Patienten seelische Pein bereitet, und diesen Konflikt aus der Welt zu schaffen, haben wir vieles gewonnen. Aber voll haben wir unsre therapeutische Aufgabe bei keinem Charakterneurotiker gelöst, wenn es uns nicht gelungen ist, ihn einem gesunden Lebenszweck zuzuführen, und solange wir denjenigen, dessen Konflikte nicht aus der Welt geschaffen werden können, nicht zur psychischen Überwindung dieser Konflikte, und zu an diese Sachlage angepaßten Lebenszielen geführt haben. *Somit ist die Führung zum Lebensziel der Mittelpunkt aller Psychotherapie*, neben dem alle anderen Schätze unsres psychotherapeutischen Musterkästleins sozusagen Waren, wenn auch nützliche Waren, einer Kleinkrämerhandlung sind.

Diese nie zu vernachlässigende Aufgabe eines jeden Psychotherapeuten, oder richtiger gesagt, eines jeden Arztes, der seinen Namen verdienen will, möchte ich der Kürze halber *Lebenszieltherapie* nennen, wenn sie auch nicht eigentlich eine Therapie im strikten Sinne des Wortes ist, als vielmehr eine *psychische Führung*. Sie ist in dieser Hinsicht eine Zwillingsschwester der Pädagogie, die bei Vorliebe der ärztlichen Nomenklatur für griechische Worte, eine *Psychagogik zum Lebensziel* genannt werden kann. Die Führung zum Lebenszweck ist eine primäre Aufgabe und nicht die zweite Etappe nach Beseitigung des Konfliktes. Der Lebenszweck schaltet selbst die psychische Auswirkung der Konflikte aus.

Diese Aufgabe ist nicht leicht. Man wird mancherseits sogar der Meinung sein, daß sie gar nicht ins Bereich des Arztes gehört, sondern dem Priester, dem väterlichen Freund, dem Lehrer zukommt. Und doch muß ich sagen, daß die Lösung dieser Aufgabe der Charaktererziehung in allen seinen Richtungen nur von einem guten Psychologen und einsehenden Ärzte gelöst werden kann. Diese Aufgabe gehört zu den Pflichten des Arztes unter andern auch darum, weil er ohne sie keine Prophylaxe der zukünftigen nervösen Anfälle üben kann. Bei der Erfüllung dieser Pflicht muß der Arzt den Wesenskern des Charakters seines Schutzbefohlenen erforscht haben; er muß zu

diesem Zwecke das ganze Leben des Psychoneurotikers durchblättern; er muß seine Seele, seine Strebungswelt, seine Ideale, seine Ziele kennen sowie seine Gedankengänge und Fähigkeiten, denen er seine Psychagogik zum Lebensziel, zum Lebensglück anpassen muß. In dieser psychagogischen Aufgabe erfüllt der Arzt die Pflicht eines Vaters, eines väterlichen Freundes, eines Priesters und Lehrers. Er muß dazu die nötige seelische Einstellung besitzen und den Willen, seinem Patienten nicht nur über seine neurotischen Symptome hinwegzuhelfen, sondern auch ein Freund und Berater, und zwar ein in den Psychoneurosen bewandter Freund zu sein, worin er sich eben von denjenigen unterscheidet, die den guten Willen, aber nicht die Kenntnisse des Arztes haben. Auch der Patient muß zum Arzt mit jener seelischen Einstellung treten, mit welcher der Sohn zum Vater, der Schüler zum verehrten Lehrer, der Gläubige zum Priester, ein Jüngling zu seinem väterlichen Freund geht. Tatsächlich wird der Arzt, der alle diese Aufgaben auf sich nimmt, oft auch ein moralischer Führer sein müssen.

Nicht leicht wird es dem Arzt fallen, bei seinen psychotherapeutischen Ratschlägen dieser Art seine eigene Individualität zu vergessen und sich in den Patienten einzufühlen. Und doch wird er gute Ratschläge nur dann geben können, wenn ihm das gelingt.

Ratschläge im einzelnen können über die Lebenszieltherapie kaum gegeben werden. Man muß den Lebenszweck in jedem einzelnen Fall selbst finden. Es kann auch nicht genügen, dem Psychoneurotiker ein Lebensziel anzugeben und ihn dann auf sich selbst verlassen. Wir müssen ihn unter Kontrolle halten und zusehen, ob und wie er unsrem Rat folgt, und werden die Richtigkeit des ihm angegebenen Ziels am Erfolg ermessen können. Wenn wir dies nicht tun, wird der oft zielschwache Kranke den ihm suggerierten Lebenszweck bald aus den Augen verlieren. Es ist nicht angezeigt, auf den Gedanken zu verfallen, den Psychoneurotiker mit einer Lebenslüge einzulullen und ihm für seine Zielbestrebungen in betreff seines Talentes, oder in betreff der Erreichbarkeit eines Ziels, wenn auch mit gutem Willen, zu täuschen. Wenn auf diesem Wege auch ein augenblicklicher Erfolg zu erreichen ist, bleibt es ein Scheinerfolg, und die Rache folgt dem unrichtigen Rat auf der Ferse, wenn der Patient bald sehen muß, daß er getäuscht wurde. In dieser Täuschung geht einsteils die Zielsetzung wiederum verloren, dann das Vertrauen zum Arzte, und auch das Gefühl, daß man angeführt worden ist, läßt einen bitteren Geschmack hinter sich.

Wenn der Patient ein Ziel, das wir ihm vorgesetzt haben, erreichte, muß bald für ein nächstes Ziel gesorgt werden, damit keine Lücke im Streben entstehe. Man denke beim Zielsetzen immer ein wenig daran, daß der Zauber eigentlich mehr während dem Streben zum Ziele, als nach

der Erreichung sich entfaltet. Nach erreichtem Ziel und nach der Genugtuung ob des Erfolges stellt sich nicht selten Öde ein.

Das Lebensziel muß immer derart gefaßt werden, daß der Patient Freude, Genugtuung daran findet. Ziele, die nicht persönlich zusagen, und deren Wege unlustbetont sind, führen durch Tretmühlen, und Sklavenarbeit. Nur lustbetontes Streben ist heilend und nie das Erzwungene. Dies gilt noch mehr für den Nervösen, als für den gesunden Menschen. Der Nervöse leistet in lustbetonter Arbeit oft Erstaunliches, während er in unlustbetonter Arbeit trotz seinem Talent hinter Talentlosen zurückbleibt.

Wie gesagt, können die Ziele für die Lebenszieltherapie nicht in allen einzelnen Punkten angegeben werden. Als Leitfaden mögen für das Durchdenken des Einzelfalles die Entwicklungsstufen der Instinktentwicklung nach v. Monakow²⁾ dienen; Sicherung des individuellen Gedeihens, dann aller überindividueller Organisationen, der Familie und der Nachkommen, auf höherer Stufe der Sippe, der Nation und der ganzen Menschheit. Der Charakterneurotiker hat sehr oft infolge seiner angeborenen Überempfindlichkeit Hang auf Ziele loszusteuern, an die der Philister nie denkt, oder von welchen er als von Utopien spricht.

Diese Ratschläge sind vollkommen aus der Erfahrung geschöpft, können aber auch durch die Theorie unterstützt und begreiflich gemacht werden. Wenn ich hier über die theoretische Seite ein paar Worte verlieren will, so muß ich darauf aufmerksam machen, daß die gegebenen praktischen Ratschläge sich auch denjenigen bewähren werden, denen meine theoretischen Erörterungen nicht zusagen.

Diese Theorie geht davon aus, daß die bewußten und unbewußten psychischen (oft auch die somatischen und vegetativen) *Lebenszwecke vieler Psychoneurotiker entweder schwach, oder schiefl, oder auch überspannt sind und noch dazu mit neurotischen Mitteln verfolgt werden*. Man vergleiche darüber die Ansichten Kretschmers³⁾ über die Methoden, mit welchen die Hysteriker ihre Ziele zu erreichen streben, z. B. mit Hilfe der hysterischen Ausdrucksbewegungen. Es gibt zwar auch solche Psychoneurotiker, bei welchen dies nicht der Fall ist, die ihre Ziele scharf ins Auge fassen und geraden Wegs auf sie lossteuern. Solche Menschen sind übererregbar und übererregt, und der Drang zur Tat ist bei ihnen heftig. Sie überarbeiten sich und haben dann nervöse Beschwerden. Solange sich keine Beschwerden zeigen und das nervöse Temperament sich nur in der Hast zeigt, suchen solche Leute den Arzt nicht auf, weil sie ihre Eigenart als die richtige betrachten, an welcher sie nichts ändern möchten. Für sie ist die entgegengesetzte Charakterart mangelhaft. Solche sehr tatkräftige Menschen kommen zum Nervenarzt nur, wenn sie ermüdet sind, und erholen sich bei Ruhe schnell.

Sie bezeichnen sich nach der Überarbeitung todmüde und für lange Zeit arbeitsunfähig. Sie glauben in der Mißstimmung, daß sie nie etwas im Leben leisten werden. Haben sie sich aber einmal 4 Wochen lang gelangweilt, so ist der Arbeitsteufel bei ihnen wieder los, und die Arbeit geht mit gewohnter Hast weiter.

Den Faktor, der die somatischen, vegetativen und psychischen Lebenszwecke bestimmt, habe ich einmal *organische Strebung* genannt. Wir können ihn auch organischen Willen oder Organisationsfaktor, oder mit v. Monakow Horme nennen²⁾). Der Hormebegriff läßt sich unsren biologischen Gedankengängen am besten einfügen, wenn man von der metaphysischen Seite absieht, und unter ihm eine bestimmte Menge von ererbter potentieller Energie versteht, die zum lebenden Protoplasma gebunden ist. Dieser organisatorische Faktor ist der Oberbegriff des bewußten Willens des Menschen. Mit dem bewußten Willen organisieren wir unser Leben und unsre Außenwelt in der Richtung unsrer bewußten Ziele, während der physische organisatorische Faktor unsre Somatik, unser vegetatives Leben, mit einem Wort unsre Körperlichkeit organisiert⁴⁾). Daß zwischen dem somatisch vegetativen und dem psychischen Organisationsfaktor keine messerscharfe Grenze gezogen werden kann, ist einleuchtend. Ebenso kann die Grenze auch nicht scharf zwischen unsren somatisch vegetativen und psychischen Zielen gezogen werden. Dementsprechend wiederhole ich schon seit 1912 unermüdlich, daß man nie einseitig über nur einen psychischen, sondern immer auch über einen somatisch vegetativen Charakter sprechen müsse⁵⁾.

Ich wiederhole dies und das Folgende nur, um es in die Gedankengänge der Lebenszieltherapie einzubauen. Die Grundtypen der Charaktere entsprechen den Grundtypen der Psychoneurosen, weswegen ich sie Charakterneurosen nannte. Die bestimmte Menge der potentiellen Energie, die wir bei Lebewesen Lebensenergie nennen können (ich will hier nicht Vitalismus predigen, und bin auch kein Vitalist) und die in bestimmter Menge und in bestimmter Tonusart⁶⁾ vererbt wird, gibt dem Menschen seine psychisch-somatisch-vegetative Charakterart. Es handelt sich dabei nicht nur um Festlegung von Menge und Tonus im ganzen Organismus überhaupt, sondern auch um Menge und Tonus in allen einzelnen Organen, Organteilen (z. B. locus minoris resistantiae in einem bestimmten Teil der Lunge nach Turban)⁷⁾, einzelnen Systemen des Nervensystems (z. B. Py-System), und in einzelnen psychischen Systemen. Die auf dieser Grundlage aufgebaute psychisch-somatisch-vegetative Charakterart kann innerhalb ihrer hereditär festgestellten Grenzen durch Übung und Erziehung ausgebildet, durch ungünstige Faktoren in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Nur in ihr Gegenteil verwandeln kann man sie nicht. Sie ist nur durch exogene Erkrankungen

des Organs des Charakters, des Nervensystems ins Gegenteil verandelbar. Die Psychoneurosen oder Charakterneurosen sind mit der Norm ebenso, wie untereinander mit Übergängen verbunden. Die ausgeprägten Formen sind die Heredoanomalien des Charakters, oder die Charakterneurosen, die je nachdem gruppiert werden können, an welche psychische Systeme sie gebunden sind. Auch Überentwicklungen einzelner psychischer Systeme können den Menschen praktisch beschädigen. So entstehen die disharmonischen Charaktere.

Wenn man diese Feststellungen auf das Gebiet der Lebensziele übertragen will, so können wir sagen, daß der (*cum grano salis*) normale Mensch somatisch, vegetativ und psychisch normale Lebensziele verfolgt. Der Mensch, der in seinen Systemen, z. B. auch in den Systemen des Nervensystems hereditär abnorme Menge oder abnormen Tonus der pot. Energie führt, wird infolgedessen anormale Lebensziele verfolgen, und zwar je nach der Art und Lokalisation des Mangels oder Überschusses übernormale, oder unternormale, schiefe, ungesunde, abnorme, in einer oder in mehreren bestimmten Richtungen. Ein Freudemechanismus ist zur Entstehung dieser Anomalien gänzlich überflüssig. Durch äußere Umstände können diese Lebensziele unterstützt oder in ihrer Entwicklung gehemmt, aber nicht eigentlich verursacht werden. Es ist freilich wahr, daß übergroße seelische Schläge — wie wir schon früher sagten — auch den normalen Menschen nicht unbewußt lassen. Sie werden ihn von seinen Lebenszielen auf kurze Zeit abwenden, indem sie eine oder die andere Art der neurotischen Symptome hervorrufen. Der Grund dafür ist, daß auch der normale Mensch je nach seinem Charakter verschiedene Abarten von Kernen in sich trägt, die in äußerster Ausbildung eine Neuroseart abgeben. Bei einem Menschen äußern sich die entsprechenden Eigenschaften auch ohne äußerem Zutun in drastischer Weise, beim anderen genügt ein minimaler Chok, um sie zum Tageslicht zu fördern, beim dritten muß der Chok gewaltig sein. Die abnormen Lebensziele brechen dementsprechend, wenn sie stark sind, unbedingt unter allen Umständen durch; beim anderen sind sie schwächer und brauchen einen Anlaß zu ihrer Entwicklung. Der eine Mensch wird in seinen normalen Lebenszielen nie für die Dauer irr, der andere ist es immer und unter allen Umständen, der dritte wird von den kleinsten Choks aus seinem Zielstreben herausgeschleudert.

Darin liegt der Grund, daß unsre psychotherapeutische Lebensziel-führung den Charakterneurotikern oft dauernd beistehen muß, während beim anderen die Anleitung zu den Zielen nur übergangsweise notwendig wird. Das Vorgetragene gibt auch die Begründung dafür, daß eine schief Einstellung zu den Lebenszielen, durch Erziehung und Psychagogik in Schranken gehalten oder gedämpft werden kann.

II. Psychische Führung zum Lebensziel bei organischen Krankheiten.

Die psychische Führung der chronischen Organkranken, die ebenfalls eine Führung zu Lebenszielen, und damit zum Lebensglück sein muß, ist eine Aufgabe, die zu schwerem Schaden der Kranken gänzlich vernachlässigt wird. Der Arzt, der sich um diese psychische Führung kümmert, gehört zur seltenen Spezies der weißen Raben. In höchst ungenügender Weise, aber doch noch relativ am meisten, hat man sich mit der psychischen Leitung der chronischen Lungenkranken befaßt, die eine kleine Literatur hat⁸⁾. Es muß darum das, was bei den chronisch Kranken überhaupt, bei Tuberkulösen, sowie bei Tabetikern usw. in dieser Hinsicht zu tun ist, einmal kurz zusammengefaßt werden.

Die Möglichkeiten, die bei chronisch Kranken aus unserem Gesichtspunkt überlegt werden müssen, sind die Folgenden. Es gibt chronisch Kranke, bei denen wir hoffen können, daß ihr Leiden zur vollen Genesung und infolgedessen auch zu voller Arbeitsfähigkeit führen wird. In diese Gruppe gehören z. B. viele Tuberkulöse. Dann gibt es solche, bei welchen man nach langer Kur, wenn auch nicht volle, doch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit erlaubende Besserung erhoffen kann. In diese Gruppe gehören unter andern eine Anzahl von Tuberkulösen, Gicht- und Polyarthritiskranken usw. Dann gibt es eine Gruppe, die ihr ganzes Leben als Halbinvalide zubringen, indem ihre Krankheit jahrelang im selben Stadium stecken bleibt. Man sieht dies unter anderm bei manchen Fällen von Tabes usw. Eine weitere Gruppe wird von denjenigen gebildet, deren Leiden langsam progredient ist, und die infolgedessen früher oder später zugrunde gehen müssen.

Alle diese Kranken brauchen eine entsprechende psychische Führung so notwendig, wie einen Bissen des täglichen Brotes. Diese Patienten müssen wir über die Klippe des psychischen Traumas der Erkrankung hinwegbringen und sie zu einem dem Leiden angepaßten Ziel führen, das ein relatives Lebensglück geben kann.

Als Grundlage zu dieser Aufgabe kann uns eine Biologie und Psychologie des Leidtragens dienen, die ich 1922 erscheinen ließ⁹⁾). Wie wenig Interesse für diese Aufgabe und auch für diese wissenschaftliche Bearbeitung der Biologie und Psychologie des Leidtragens überhaupt vorhanden ist, zeigt mir, daß dieser mein Aufsatz, der den ersten Versuch einer wissenschaftlichen Lösung des Problems bedeutet, gänzlich unberücksichtigt geblieben ist. Sogar die psychologische Wissenschaft, die doch dies angehen hätte sollen, ist in ihren scheinbar wichtigeren Sorgen über diese von mir angeschnittene Frage hinweggegangen, wahrscheinlich in der Meinung, daß sich die landläufigen Trostbüchlein mit der so „unwissenschaftlichen“ Aufgabe genug eingehend befassen. Ich habe einige referierende psychologische Zeit-

schriften mit Auszügen meiner Arbeiten beglückt, die ich bat, als Selbst-anzeigen gütigst aufnehmen zu wollen. Sie sind nicht erschienen. Hingegen bekam ich von einer Zeitschrift einen dankenden Brief, mit der Bitte, außer der Selbstanzeige auch ein Exemplar der Arbeit einzusenden. Ich war glücklich, den Wunsch erfüllen zu dürfen, da ich aus der Anfrage auf Interesse für das hochwichtige Thema schließen zu können glaubte. Die Zeitschrift publizierte aber nicht mein Selbst-referat, sondern ein Referat ihres Mitarbeiters, der sein Referat mit einem einzigen Satz erledigte, der etwa sagte: „Allgemeine Betrach-tungen über das Leidtragen“.

Diese „allgemeinen Betrachtungen“, anscheinlich höchst unwissen-schaftlicher Art, geben aber die Grundlage zum Problem der psychischen Führung sowohl in jedem Unglück, wie auch bei chronischen Kranken, für die sich sowohl die Psychologie, wie die Psychiatrie inter-essieren darf. Diese „allgemeinen Betrachtungen“ stellen fest, daß die innere Bedingung der Art des Leidtragens im Charakter des Menschen gegeben ist. Sowohl der euphorische, wie der depressive, und der unbetonte Charakter haben alle ihre Art im Ertragen des Leidens bei chronischen Krankheiten und bei anderen psychischen Schlägen. Diese innere Bedingung des Leidtragens ist eine spezifische Bedingung ererbter Wesensart. Sie ist für das bestimmte Individuum der Faktor, welcher Art, Dauer und Maß des Erleidens bestimmt. Der lebenslust-betonte Charakter — unter Lebenslust meine ich ernste Lebensfreude, Arbeitsfreude und nicht leere Spaßmacherei — hat eine starke organische Strebung, er hat starke und gesunde Instinkte, starke Vitalität, die ihn über den psychischen Teil des Leidens gut hinwegführen. Derjenige, der an Mangel an Vitalität, an Mangel an Lebenslust leidet, d. h. der depressive Charakter, kommt schlecht über den Schicksalsschlag hinweg, also auch über das psychische Leid der chronischen Krankheit. Die Kurve bei Depression in einer Krankheit oder bei einem Schicksals-schlag ist eine biologische Kurve. Sie muß beim normalen Menschen früher oder später zur Ausgangslinie des Grundcharakters oder der Lebenslustbetonung zurückkehren, und damit denjenigen Gesetzen huldigen, denen alle biologischen Kurven auf Reiz, z. B. Muskelzuckungen, oder auch alle biologischen Kurvenabläufe, wie Lebenskurve, Schlaf-tiefekurve unterworfen sind. Der Unterschied zwischen einer galvanischen Muskelzuckung auf den Reiz des Stromes und eines Affektablaufes auf den Reiz eines affektbetonten Geschehnisses ist der, daß im letzten Falle der mit dem Unglück oder mit der organischen Erkrankung gegebene Reiz immer wieder neu, tatsächlich (bei der Krankheit) oder in der Erinnerung (beim Schicksalsschlag) erlebt wird. Es handelt sich da also um eine Serie von Reizen nacheinander. Das ist der Verlauf bei normaler Psyche, während bei nicht normalem Charakter depressiver

Art die depressive Eigenart sich auch ohne äußeren Reiz im andauernden Erleiden des psychischen Schlages kund tut.

Die äußeren Faktoren der Beruhigung im Leid werden auch heute meist mit den Trostworten der mehrere Jahrtausend alten Trostbüchlein geliefert (*Seneca, Boetius*), die doch nur leere Worte sein können. Sie sind ein Greuel für jeden intelligenten Kranken, und wem sie gegebenenfalls doch einmal eine günstige Wirkung haben, so liegt dies nicht in den Argumenten und sonstigen gedankeninhaltlichen Ausführungen, sondern in der Musik der Worte und in der Liebe der Person, die man beim auch noch so unsinnigen Trost durchfühlt. Wirklich wertvoller Trost ist aber nur der aktive Trost, der darin besteht, daß die organische Strebung des Leidenden unterstützt und dieser Strebung die Möglichkeit zur Entwicklung gibt. Nur eine richtige psychische und materielle Leitung dieser organischen Strebung kann auch der sozialen Rolle des Trostspenders eine Bedeutung geben. Diese Leitung muß in der Hauptsache eine Leitung zur Tätigkeit sein. Die Tätigkeit hat zwar auch eine schätzbare ablenkende Wirkung im Leid. Ich sehe aber ihre Aufgabe nicht eigentlich in diesem Ablenken, sondern darin, daß eine jede Tätigkeit den Organismus in dem Sinne fördert, wie die Muskelarbeit zur guten Entwicklung des Muskels notwendig ist. Die Tätigkeit verhindert auch die Ausbildung einer psychischen Inaktivitätsatrophie, und verhindert, daß der organisch Kranke, nach jahrelanger Kur, psychisch völlig desorientiert und körperlich schwach ins Leben zurückkehrt. Die Tätigkeit erweckt die Lebensgeister. Wir können noch dazufügen, daß ein untätig Mensch sich auch bei voller Gesundheit nicht für die Dauer glücklich fühlen kann. Nichtstuer werden früher oder später vom Gefühl ihrer inneren Leere überfallen.

Es ist aber nicht belanglos, welcher Art die *Tätigkeit* ist. Sie muß derart gewählt sein, daß sie einem *Lebensziel* zusteuert. Damit schaltet sich die Beschäftigung in die *Lebenszieltherapie* ein. Auch sogenannte somatisch Kranke zu einem Lebensziel zu führen, daß ihrer Krankheit angepaßt ist, muß die Aufgabe eines jeden Arztes noch mehr des Psychotherapeuten sein. Ich hätte eigentlich gern, daß der Arzt, der die somatisch Kranken behandelt, diese psychische Führung selbst übernehme, muß aber zu meinem größten Bedauern sehen, daß der Internist — meine Erfahrungen beziehen sich in dieser Richtung hauptsächlich auf Lungenärzte — kaum Zeit hat, sich mit der Psyche der Kranken zu beschäftigen. Auch in den internen Kliniken ist mir eine derartige Bestrebung nicht zur Kenntnis gelangt¹⁰⁾. Es sollte aber teils zur psychischen und körperlichen Belebung der Kranken, teils zum Zweck, daß die Kranken wenn auch ein eingeschränktes Lebensziel, doch ein Lebensziel bekommen, nie vorkommen, weder in einem Krankenhaus, noch in einem Erholungs- oder Invalidenheim, noch in einer Irrenanstalt,

noch in den Luxussanatorien, noch in einem Asyl für unheilbare Kranke, daß ein Patient, der etwas tun kann, tatlos herumlungere. Das Motto durch das Leiden zum Lebensziel, zum Lebensglück muß allen Kranken vorgehalten werden. Ein Kranker, der auf ein, wenn auch eingeschränktes Lebensziel eingestellt ist, wird auch die Kur mit mehr Geduld und infolgedessen auch mit mehr Pünktlichkeit und mehr Erfolg durchmachen. Er wird sich vom Grübeln und von der Depression fernhalten, die ihn nicht nur psychisch, sondern auch körperlich beschädigen. Die Erfahrungen bei der Tuberkulose zeigen klar, daß die Depression den Abwehrmechanismus des Körpers gegen die Infektion lahmlegt und die Widerstandskraft niederhält.

Zusammenfassung.

Wenn wir den Konflikt, der eine Psychoneurose ausgelöst hat, beheben, haben wir viel erreicht, jedoch noch unsre psychotherapeutische Aufgabe nicht voll gelöst. Die Konflikte und Psychotraumen, die zu psychischen Krankheiten führen, sind oft so gering, daß sie einem normalen Menschen keinen Schaden zugefügt hätten. Patienten, bei welchen das der Fall ist, finden nach der Ausschaltung eines Psychotraumas, oder eines Konfliktes schnell mehrere andere Konflikte. Die Beseitigung der Konflikte oder der anderen, die Neurose auslösenden Ursachen hilft da nur für kurze Zeit. Oft kann man dem Charakterneurotiker mit Ausschaltung der Konflikte oder psychischen Traumen nicht helfen, weil diese Traumen überhaupt nicht beseitigt werden können.

Wo die Konflikte nicht ausgeschaltet werden können, muß der Psychotherapeut seine Patienten zur Überwindung der Konflikte anleiten und sie zu gesunden Lebenszielen führen. In Angesicht gesunder Lebensziele verlieren die Psychotraumen und Konflikte ihre neuroseerregende Macht. Der Psychoneurotiker muß vom Psychotherapeuten in diesen, wie in anderen Fällen immer zu Lebenszielen geführt werden, die seinem Zustande angepaßt sind. Das ist der kurze Inhalt der Lebenszieltherapie, die den Hauptpunkt einer jeden Psychotherapie darstellt. Charakterneurotiker, deren Lebensziele anormal, überspannt, schief sind, müssen von diesen abgewendet und zu gesunden Lebenszielen geführt werden. Diejenigen, deren Lebensziel schwach ist, müssen darin gestärkt werden. Die Grenzen der Lebenszieltherapie liegen dort, wo Lebensziele unmöglich geworden sind. Da viele psychische Traumen und Konflikte ihre Macht in Angesicht der Lebensziele verlieren, ist die Lebenszieltherapie keine sekundäre Aufgabe, die nur nach der Beseitigung der Konflikte einzuschalten ist, sondern eine primäre Aufgabe, die zusammen mit allen anderen psychotherapeutischen Mitteln sofort einzusetzen hat. Führung zum Le-

benszweck muß auch bei allen körperlichen Krankheiten während der notwendigen somatischen Kur systematisch gepflegt werden.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ *Kollarits*: Charakter und Nervosität. Berlin: Julius Springer 1912. — ²⁾ *v. Monakow*: Psychiatrie und Biologie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **4**, H. 1 u. 2. 1919. — *v. Monakow*: Versuch einer Biologie der Instikte. Ebenda **8**, H. 2. 1921 u. **10**, H. 2. 1922. — ³⁾ *Kretschmer*: Über Hysterie. Leipzig: Thieme 1923. — ⁴⁾ S. auch *Küppers*: Auflösung des Leib-Seeleproblems. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **74**, H. 2/4. 1925. — ⁵⁾ Im Buche Charakter und Nervosität. Dann: Über nervöse Idiosynkrasie. Wien. klin. Wochenschr. 1917. — Hochgebirge und Nervensystem. Schweiz. med. Wochenschr. 1924, Nr. 6. — Die Probleme des Charakters. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72**, H. 1. 1924. — ⁶⁾ *Ewald*: Temperament und Charakter. Berlin: Julius Springer 1924. — ⁷⁾ *Turban*: Die Vererbung des Locus minoris resistantiae bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkul. **1**, Heft 1 u. 2. 1902. — ⁸⁾ *Kollarits*: Die psychische Führung der Tuberkulösen. Schweiz. med. Wochenschr. 1925. — *Stern, Erich*: Die Psyche der Lungenkranken. Halle: Marhold 1925. — ⁹⁾ *Kollarits*: Biologie und Psychologie des Leidtragens. Natur und Mensch (Bern: Bircher). **2**, Nr. 7 u. 8/9. 1922. — ¹⁰⁾ *Kollarits*: Die psychische Führung der chronisch Kranken und Unheilbaren. Schweiz. med. Wochenschr. 1923, Nr. 3.
-