

Die heilende Wirkung künstlich hervorgerufener Reproduktionen von pathogenen affektiven Erlebnissen.

Von

Dr. Nicolaus Krestnikoff,
Dozenten an der Universität Sofia.

(Eingegangen am 28. Juni 1929.)

I. Einführende Bemerkungen.

Es ist bekannt, daß die Reproduktion affektiver Erlebnisse vornehmlich bei psychogenen Erkrankungen (Psychoneurosen) zu beobachten ist, die entweder spontan, natürlich, oder auf künstlichem Wege hervorgerufen sein kann. Eine spontane Reproduktion ist bekanntlich bei verschiedenen Dämmerungszuständen des Bewußtseins anzutreffen, wie etwa Somnambulismus, Transzustände, verschiedene Seelenkrisen u. a. m. In einem derartigen Zustand werden weit zurückliegende, einst erlebte Affekte von neuem reproduziert und bei solchen Krisen wiederholt sich für den Patienten in allen Einzelheiten das erlebte Ereignis. Eine künstliche Reproduktion des erlebten Affektes wird dagegen durch Hypnose erreicht oder kann auch durch die psychoanalytische Methode hervorgerufen werden.

Die Mehrzahl der Autoren, die auf diesem Gebiete mit Hypnose zwecks suggestiven Einflusses arbeiteten, gelangten zur Meinung, die Erscheinungen der Reproduktion seien ungünstig und daher unerwünscht. So meint z. B. *W. Bechterew*, es gäbe freilich Fälle, bei denen die Anwendung der Hypnose zeitweilig einen spezifischen nervösen Zustand oder auch eine psychische Erregung von kurzer Dauer, Halluzinationen u. a. m. hervorrufen kann, indessen dauern solche Erscheinungen niemals lange und haben auch keine besondere Bedeutung. Sie verschwinden gewöhnlich von selbst, meistens schon nach einigen Stunden, ohne irgendwelche Spur, resp. Besserung, im Zustande des Patienten zu hinterlassen. Derselben Meinung ist auch *Kretschmer*, wenn er ausführt: „Es können bei solchen Versuchen zuletzt unerwünschte Komplikationen eintreten, wenn nämlich der hypnotische Zustand zufällig in einen hysterischen Dämmerungszustand übergeht, mit starken Affektausbrüchen, so daß der Patient unserer Leitung sich völlig entzieht. Dasselbe kann freilich auch bei Suggestion im Wachzustand eintreten.“

Es ist nicht zu leugnen, daß die sog. Mesmerkrisen, von denen *Janet* in seinem Werke ausführlich berichtet¹, nichts anderes waren als eben Reproduktionen von seelisch nicht ganz aufgelösten (ausgetobten, abreagierten) affektiven Erlebnissen, die wir auch bei Anwendung der unten näher beschriebenen reproduktiven Methode beobachten.

Der Reproduktionsvorgang, d. h. die Abreagierung von nicht aufgelösten affektiven Erlebnissen in der Hypnose, ist seit geraumer Zeit als Psychokatarsis bezeichnet worden. Die hypnotischen Methoden zur künstlichen Hervorrufung des psychokatartischen Vorgangs wurden bekanntlich von *Freud* und seinen Nachfolgern bedeutend modifiziert und an ihre Stelle wesentlich andere Methoden ausgearbeitet. Ich habe bei meiner langjährigen Praxis die verschiedenen Methoden der Hypnose und neuere psychoanalytische Methoden der Reproduktion eines erlebten Affektes, resp. sonst bekannte Methoden der Psychokatarsis, zur Anwendung gebracht und erprobt und glaube, es sei mir gelungen eine neue Methode auszuarbeiten, die in technischer Beziehung durchaus einfach und objektiv ist, und zugleich den Charakter eines Experiments an sich hat. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, daß der Vorgang der Reproduktion, resp. der Psychokatarsis, beinahe ohne aktive Intervention von seiten des Experimentators vor sich geht, der Vorgang selbst wird objektiv festgestellt, und die Reproduktion erfolgt sozusagen auf natürlichem Wege ohne jede Suggestion oder Einfluß von seiten des Arztes, ja sie läuft sogar dann ab, wenn kontroverse Einflüsse vorliegen.

Indem wir bei unseren Versuchen die Hypnose zur Anwendung brachten, und zwar durch die alten Methoden der Hypnotisierung, vornehmlich vermittels der Formeln der Schlafsuggestion, d. h. der Suggestion eines künstlichen Einschlafens, vermochten wir allmählich alle eigentümlichen Griffe und Wortformeln zu beseitigen, die einen hypnotischen Schlaf hervorzurufen bezwecken und trotzdem verfielen die Patienten mit psychisch nicht liquidierten affektiven Erlebnissen in den besonderen Zustand (psychologischer Automatismus), bei dem sie die verdrängten Affekte und affektiven Komplexe so reproduzierten, wie sie dieselben in Wirklichkeit erlebt haben.

Andererseits mußten wir feststellen, indem wir die psychoanalytischen Methoden zur Anwendung und Prüfung brachten, daß die Patienten dabei sehr leicht von der Reproduktion abgelenkt werden und fortwährend geneigt sind schon die ersten Äußerungen derselben zu unterbrechen. So erwiesen sich denn diese Methoden verhältnismäßig unsicher, langsam und zeigten auch die Tendenz in subjektive Interpretationen, auf Grund einer fertigen und voreingenommenen Symbolik auszuarten.

Indem ferner die Untersuchung des Seelenlebens dabei fast ausschließlich in der Richtung sexueller Erlebnisse und auf sexuellem

¹ *Janet, Pierre*: Les medications psychologiques. Tome 1, p. 19—23.

Gebiete geleitet wird, werden öfters durchaus schwere und bedeutende psychische Traumen anderen, nichtsexuellen Ursprungs übersehen, die aber in unzweifelbarem, evidentem Zusammenhang mit den Erscheinungen der Krankheit stehen. Aus diesem Grunde sahen wir uns genötigt auch alle bekannten Fixierungen zu beseitigen, deren sich die Psychoanalyse bei der Psychokatarsis gerne bedient, und begrenzten uns zuletzt bloß auf die Fixation der körperlichen Empfindungen und Veränderungen, durch die am besten und leichtesten nicht abreagierte affektive Erlebnisse reproduziert werden können.

Zuletzt ließen wir auch dieses letzte Interventionsmittel — die Fixierung auf somatische Veränderungen — beiseite und erreichten auf diese Weise eine in hohem Grade vereinfachte Methode der Behandlung, die beinahe gar keine Intervention von seiten des Arztes verlangt und den letzten mehr in die Stellung eines objektiven Beobachters rückt.

In Anbetracht der Bedingungen, bei denen die spontane Reproduktion eines erlebten affektiven Komplexes im ganzen oder zum Teil sich entwickelt, konnten wir feststellen, daß die Hauptbedingung dabei ist, den Patienten *in eine solche Lage zu bringen, daß er von allen aktuellen Eindrücken möglichst fern bleibt*. Indem wir ihn nun in eine liegende Stellung, mit geschlossenen Augen, bei voller Ruhe versetzen, erreichen wir bei ihm eine vollkommene Loslösung von allen aktuellen äußeren Eindrücken. Und das bildet tatsächlich die einzige Bedingung für den Beginn der Reproduktion, *so daß gar keine Intervention im Sinne von Schlagsuggestion, von Zwang zur Fixierung auf bestimmte Wörter, Sätze, Gebärden u. dgl. erforderlich wird*. Der behandelnde Arzt hat dabei bloß, nachdem er den Patienten in die betreffende Lage gebracht und alles etwaige Störende aus dem Wege geräumt, sich etwas zu gedulden, d. h. abzuwarten und dabei seinen Patienten scharf zu beobachten.

Die Reproduktion wird dann alsbald, unbedingt nach der weiter unten beschriebenen Reihenfolge beginnen, vorausgesetzt, daß der Patient tatsächlich nicht abreagierte affektive Erlebnisse verbirgt. Er wird bald die einen oder die anderen Empfindungen, oder somatischen Veränderungen, zum Ausdruck bringen, so wie etwa (es sei uns dieser Vergleich hier gestattet) der Tabetiker in eine gewisse Lage gebracht, unbedingt das *Rombergsche* Zeichen aufweisen wird.

Nach diesen kurzen Bemerkungen wollen wir zur genaueren Darstellung unserer Behandlungsmethode schreiten. Dabei wollen wir schon hier betonen, daß die Erfahrung aus der Anwendung der Reproduktionsmethode uns bewies, daß dieselbe mit Erfolg nicht nur gegenüber Hysterischen, sondern ebenso gut auch bei der Psychotherapie von Neurasthenikern und Psychasthenikern anzuwenden ist.

II. Beschreibung der Reproduktionsmethode und kurze allgemeine Darstellung ihrer Handhabung.

Wie oben bereits erwähnt, ist die erste Bedingung zur Einleitung einer therapeutischen Reproduktion nach unserer Methode die Verbringung des Patienten in eine liegende Lage mit geschlossenen Augen. Der behandelnde Arzt hat dabei mit der Hand die Augen des Patienten geschlossen zu halten, da die Patienten, besonders Kinder, öfters die Augen unwillkürlich wieder öffnen, was aber auf den Reproduktionsvorgang entschieden hemmend oder sogar unterbrechend wirkt. Allerdings ist bei der Mehrzahl der Patienten diese geringe anfängliche Zwangsmaßnahme nicht erforderlich und es genügt vollständig sie bloß zu ermahnen die Augen bis zur weiteren Weisung des Arztes geschlossen zu halten.

Bereits nach einigen Minuten, gewöhnlich nach 2—15 Minuten, bei Bewahrung vollständiger Ruhe und Stille, beginnt der Patient die einen oder die anderen körperlichen Veränderungen sichtbar aufzuweisen. Er beginnt etwa zu zittern, das Atmen weist eine Veränderung auf, der Puls wird beschleunigt, man merkt, daß die Gesichtsfarbe sich ändert, der Patient errötet oder erblaßt, er beginnt verschiedene Gebärden zu machen, zu weinen, zu schreien u. a. m. Sobald nun derartige sichtbare körperliche Veränderungen und seelische Äußerungen auftreten, hat der Arzt den Patienten nachdrücklich zu fragen, *was er in seinem Körper empfinde, resp. was mit ihm vorgehe*. Gewöhnlich äußern dabei die Patienten, daß sie die beobachteten Symptome (wie etwa Zittern, Herzklopfen, schweres, mühevollcs Atmen u. a.) scharf empfinden, verweisen dabei aber noch auf andere körperliche Veränderungen, die vom Arzte unmittelbar nicht beobachtet werden können. So äußern die Patienten öfters, sie empfinden Ameisenlaufen in den Beinen, Armen oder auch im ganzen Körper, sie hätten das Empfinden einer eisigen Erstarrung des ganzen Körpers, sie fühlen scharfe Schmerzen in der Herzgegend, im Magen, in den Gedärmen und verweisen noch auf verschiedene andere viscerele, dermatöse und Muskelempfindungen. Während des Auftretens dieser körperlichen Veränderungen hat der Arzt den Patienten weiter zu fragen: *was er jetzt fühle, ob er ruhig sei oder nicht?* Gewöhnlich macht der Patient zunächst die Äußerung, er fühle nichts Besonderes und er sei vollkommen ruhig. Auf die weitere Frage, ob die betreffenden Empfindungen angenehm seien oder nicht, erfolgt die Antwort, sie seien ihm gleichgültig, oder auch sie seien angenehm, am meisten heißt es aber, die Empfindungen seien höchst unangenehm.

Manchmal wundern sich die Patienten selbst darüber, warum sie die betreffenden Bewegungen ausführen, woher die betreffenden Gebärden stammen, woher die Empfindungen des Ameisenlaufens, der Hitze, Kühle u. dgl. im Körper kommen. Oder auch sie sagen es selbst, sie wüßten nicht, weshalb sie zittern, sich krampfhaft zusammenziehen, evtl. in

Krämpfen sich winden und versichern, daß sie all das ganz unwillkürlich ausführen. Aus diesem Grunde sind die Patienten manchmal sogar geneigt diese Erscheinungen in ihrem eigenen Körper äußeren Ursachen und Einflüssen zuzuschreiben. Dieser Zustand der oben erwähnten körperlichen Veränderungen dauert gewöhnlich einige Minuten, in seltenen Fällen eine halbe Stunde und länger.

Darauf folgt nun eine Veränderung der Stimmung, und zwar tritt eine solche gerade zur Zeit der stärksten Äußerung körperlicher Manifestationen auf; der Patient wird plötzlich unruhig und verschiedene Gefühle, wie Angst, Kummer, Schmerz u. a. kommen zum Ausdruck. Wenn nun der Arzt weiter sich beim Patienten über seinen Zustand erkundigt, heißt es: „ich habe eine unbeschreibliche Angst“, ... „es quält mich etwas“ ... und sofort. Niemals vermag aber der Patient *den Grund* der mannigfaltigen, ihn beherrschenden Gefühle anzugeben.

Die Gefühle, die beim Patienten hier zum Ausdruck kommen, sind somit für ihn ganz unmotiviert, d. h. die betreffenden Emotionen beziehen sich auf keinen Gegenstand, ebenso wie im ersten Stadium des beschriebenen Zustandes die körperlichen Manifestationen durch keine äußeren Ursachen bedingt waren. Nunmehr erfolgt eine oszillationsartige Veränderung des Gefühls, es wird bald stärker, bald schwächer und manchmal verstreicht dabei eine längere Zeitpause, von 15 Minuten bis zu einer halben Stunde, wonach im Augenblicke der stärksten Äußerung der betreffenden Emotion irgendeine dunkle Erinnerung, im Zusammenhang mit dem ehemals erlebten Affekt, plötzlich auftaucht.

Gewöhnlich taucht eine solche Erinnerung beim Patienten ganz von selbst und ohne irgendwelche Intervention von seiten des Arztes auf. Manchmal wird aber doch eine, wenn auch geringe, psychische Stimulierung von seiten des Arztes erforderlich, indem er an den Patienten etwa die Frage stellt: „an welche Lebensumstände oder Ereignisse erinnern Sie diese Angst, Qual u. a.“? Der Patient antwortet gewöhnlich, der Kopf sei ihm vollständig leer, er könne sich absolut an nichts erinnern, kein Gedanke falle ihm ein, er vermag auch nicht an etwas zu denken. Oder auch er äußert sich dahin, es bestürmen ihn ein ganzer Schwarm von Gedanken und Erinnerungen, er könne aber keinen einzigen davon klar fassen und festhalten. Im Augenblicke der nun folgenden beginnenden Reproduktion des Inhalts aus dem pathogenen affektiven Erlebnis tauchen im Bewußtsein des Patienten zuerst als Halluzinationen diejenigen Wahrnehmungen auf, die bei dem betreffenden Erlebnis den stärksten Eindruck auf ihn gemacht hatten.

Während der Dauer dieses dritten Stadiums wird nun das gesamte affektive Erlebnis seinem Wesen und seiner ganzen Reihenfolge nach lebhaft reproduziert, wie es einst tatsächlich erlebt wurde. Ja, man ist verleitet zu sagen, das ehemalige, verdrängte affektive Erlebnis

werde von neuem durchlebt in allen seinen Einzelheiten, Unterbrechungen und Veränderungen.

Bei der Reproduktion des Erlebnisinhalts treten, wie erwähnt, Halluzinationen auf (Gesichts-, Gehörs-, Tasthalluzinationen u. a.); solche sind aber bloß Äußerungen ehemaliger Wahrnehmungen von etwas, was zur Zeit des Erlebnisses, manchmal zufällig, gesehen oder gehört wurde. Durch Enquete und Nachprüfung des Wahrheitsgehaltes des reproduzierten Erlebnisses vermittels Zeugenverhör konnten wir feststellen, daß die gesamte Reproduktion ein genaues, ins einzelne wiedergegebenes Protokoll des ehemaligen Ereignisses darstellt.

Abschließend wollen wir hier bemerken, daß das gesamte reproduzierte Erlebnis gewöhnlich in drei Stadien verläuft und zum Ausdruck kommt:

1. Reproduktion einer Reihe von körperlichen Veränderungen, die wir als *organische Gruppe*, resp. *Organgruppe* der Reproduktion bezeichnen können.

2. Reproduktion der Gefühle, resp. des emotionalen Inhalts im Erlebnis, die *emotionale Gruppe*.

3. Reproduktion des Gegenstandsinhalts im affektiven Erlebnis, die *Empfindungsvorstellungsgruppe*.

Es ist dabei hinzuzufügen, daß bei Reproduktion einer jeden von diesen drei nacheinanderfolgenden Gruppen stets auch die vorhergehende Gruppe im aktiven Zustand erhalten bleibt.

Nach Reproduktion des gesamten affektiven Erlebnisses, so wie es sich einst ereignet hat, tritt beim Patienten gewöhnlich eine Beruhigung ein. Dabei verschwinden zuerst die Halluzinationen, die Stimmung des Patienten weist eine Veränderung auf, und zuletzt verschwinden auch die körperlichen Manifestationen.

Der Patient beruhigt sich nach und nach vollständig, was aber manchmal nicht lange anhält. Nach 2—5—10 Minuten beginnen wiederum die Äußerungen verschiedener körperlicher Veränderungen, die zeitweise von der emotionalen Gruppe losgelöst sind, darauf tritt die letzte in Wirkungstätigkeit, ebenfalls zunächst von dem Gegenstandsinhalt des Ereignisses losgelöst, und zuletzt manifestiert sich auch der letztere, jedoch nicht als Erinnerung sondern als halluzinatorische Wahrnehmung. Es wird nämlich hierbei *ein anderes Ereignis* (Erlebnis) reproduziert, das in einer ganz anderen Zeit seines Lebens vom Patienten erlebt wurde. Darauf tritt wiederum eine Beruhigungspause ein. Manchmal werden während ein und derselben Sitzung mehrere affektive Erlebnisse aus verschiedenen Lebenszeiten des Patienten reproduziert, gewöhnlich aber von demselben affektiven Ton begleitet (Angst, Qual, Kummer u. a. m.) und alle diese Erlebnisse laufen wiederum in der oben bezeichneten Reihenfolge ab. Zur Erläuterung des oben Ausgeführten soll hier der folgende Fall aus meiner Praxis angeführt werden.

R. J., ein Mädchen von 28 Jahren, klagt über Händezittern und Zähneklappern. Die Symptome verstärken sich bei Anwesenheit von fremden Leuten und verhinderten in solchen Fällen sogar die Einnahme von Mahlzeiten. Aus diesem Grunde vermeidet sie es, resp. hütet sich davor, in Gegenwart von fremden Personen zu essen; deshalb könne sie auch nicht in Restaurants oder in Gesellschaft etwas zu sich nehmen. Sie sei in solchen Fällen sehr unruhig, aufgeregt und geniere sich außerordentlich. Die Symptome ihrer Krankheit stellten sich bereits vor 4 Jahren ein. Ihr Vater war an Leberkrebs im 60. Lebensjahre gestorben als sie in der Quarta einer Mädchenschule ihre Bildung genoß. Ihre Mutter sei 64 Jahre alt, gesund und rüstig; jedoch seien Fälle von Nervenkrankheiten in ihrer Familie vorgekommen.

Bei Reproduktion stellten sich folgende Erscheinungen ein: in die gewöhnliche liegende Stellung gebracht, verblieb sie etwa 4—5 Minuten ruhig. Darauf beginnt bei ihr das Empfinden von Nadelstichen in den Knien; „es sei als ob jemand mich in die Knie mit Nadeln steche“. Im weiteren ergreift sie leichter Schauer („leichtes inneres Zittern in den Beinen von den Knien ab nach unten“); nach weiteren 2—3 Minuten verbreitete sich dieses Zittern auf den ganzen Körper; gleichzeitig stellte sich Kälteempfinden in den Fingern der beiden Hände und Füße ein; die betreffenden Empfindungen wurden bald stärker, dann wieder schwächer. Währenddem blieb ihre Stimmung vollkommen ruhig, sie vermochte aber nicht anzugeben, ob die Empfindungen angenehm seien oder nicht. Nach weiteren 3—4 Minuten gesellten sich zu diesen Erscheinungen, die allmählich sich verstärkten, ein krampfhaftes Zusammenfahren (Zusammenzucken) des ganzen Leibes, ferner sichtbares Zittern der Beine, Hebung des Bauches und Zähneklappern. Auch dabei blieb ihre Stimmung immer noch ruhig: sie äußerte, sie wisse nicht, weshalb sie zittere, „ihre Knie heben sich ganz unwillkürlich . . .“ u. dgl. Bald darauf kam ein Umschwung in ihrer Stimmung, sie wurde unruhig und erklärte das selbst in dem Sinne: „die Nerven beherrschen sie, sie wolle aufspringen und weglaufen, es werde ihr übel“ . . . Diese unruhige, gespannte Stimmung legte sich bald und trat dann von neuem auf, indessen dauerten die körperlichen Manifestationen aber immer weiter. Nach weiteren 4—5 Minuten wurde ihre Stimmung äußerst qualvoll. Sie konnte sich erinnern, daß sie derartiges schon einmal in Dresden erlebt habe und sie reproduzierte die Ereignisse daselbst. Es erwies sich, daß sie bereits 1924 einen ähnlichen starken Anfall mit Hände- und Beinzittern, Zähneklappern, wobei noch ein Zittern der Lippen hinzukam, erlebt hatte. Sie war damals ganz allein im Hotelzimmer und weiß keinen Grund für die Krise, die sie damals befiel, anzugeben.

Nachdem die Patientin auch weitere, d. h. frühere Krisen vom Jahre 1915 und eine noch weiter abliegende im Alter von 10 Jahren aufgetretene reproduziert hatte, verlor sie das Bewußtsein und reproduzierte halluzinatorisch unter starkem Angst- und Qualgefühl folgendes Erlebnis, das sich ereignete als sie erst 4 Jahre alt war.

Sie wurde damals von irgendeinem Schustergesellen überfallen, der sie in einen Keller schleppte, um sie zu vergewaltigen. Das Kind sah mit Entsetzen das ihm zugesteckte erigierte Geschlechtsorgan, begann krampfhaft zu weinen, zu schreien, zu zittern und mit den Zähnen zu klappern. Von dieser Zeit an hat sie einen Abscheu von den Männern überhaupt.

Schon nach drei Reproduktionen hörte das Zittern bei der Patientin auf und es verschwanden nach und nach auch alle anderen krankhaften Symptome. Niemals, äußerte sich später die Patientin selbst, habe sie sich so gut, lustig und lebensfroh gefühlt wie gegenwärtig nach der Behandlung. Wir hatten die Gelegenheit die Patientin noch einmal einige Monate später zu treffen. Sie fühlte sich immerfort sehr wohl und klagte über keine weiteren Leiden oder Beschwerden.

Ein anderer Fall aus unserer Praxis, den wir hier anführen wollen, ist ebenfalls hinsichtlich der Reihenfolge verschiedener körperlichen und seelischen Äußerungen bei Abreagierung des erlebten Affektes sehr bezeichnend.

Die Patientin N., Frau eines Polizeikommissars, leidet an nervösen Krisen, die sich in sehr intensiven Angstzuständen ohne jeden evidenten Grund ausdrücken. In die übliche Behandlungslage gebracht, die Augen geschlossen, bleibt sie etwa 5 Minuten ganz ruhig und weist keine körperlichen Veränderungen auf. 1. Darauf beginnt ein Zittern der Extremitäten, das schließlich auf den ganzen Leib übergreift. Der Puls ist beschleunigt, das Atmen langsam und schwer. Geistig bleibt sie indessen ruhig. Dieser Zustand dauert 8 Minuten. 2. Darauf kommt bei ihr das Angstgefühl zum Ausdruck; sie fühlt eine unbeschreibliche Seelenqual, die körperlichen Manifestationen werden intensiver, die Patientin beginnt zu weinen. Den Grund weiß sie nicht anzugeben und kann sich auch an nichts Bestimmtes erinnern. Das dauert 7 Minuten. 3. Plötzlich hört sie Gewehrschießen, weint und ruft laut aus: „Man schießt nach dem Polizeikommissariat, ich fürchte mich so sehr, man wird meinen Mann totschießen“ . . . Die Patientin reproduziert im weiteren genau ein von ihr erlebtes Ereignis aus dem Jahre 1924, als ihr Mann in der Stellung des Kommandanten eines Kreispolizeiamtes mit einer Abteilung Polizisten gegen die Kommunisten kämpfte, die sämtliche Amtsgebäude in der kleinen Stadt D. okkupiert hatten und beabsichtigten sich der Staatsgewalt zu bemächtigen.

Nach Abreagierung des Affektes, resp. nach dem Wiedererleben des für die Patientin schrecklichen Ereignisses, beruhigte sie sich allmählich und sämtliche oben beschriebenen Äußerungen verschwanden von selbst.

Wir besitzen bereits seit mehreren Jahren ein ziemlich reichhaltiges Material im Umfange von einigen Hunderten von Fällen, bei denen wir die oben beschriebene Methode zur Anwendung brachten. Mit gleichem Erfolge wirkte sie gegenüber intelligenten und gebildeten Personen, wie auch gegenüber Personen aus den verschiedenen Volkskreisen; sie hat sich bewährt gleich gut sowohl hinsichtlich erwachsener Leute, wie auch Kindern gegenüber, vorausgesetzt, daß sie pathologische Komplexe, d. i. nicht abreagierte affektive Erlebnisse verborgt hatten.

In vielen Fällen sahen wir uns zur Beschleunigung des Reproduktionsprozesses genötigt, und zwar in den Fällen, wenn der Patient in die gewisse Lage gebracht, bei geschlossenen Augen nach etwa 10 Minuten selbst keine sichtbaren körperlichen Symptome aufwies, an ihn das Ersuchen zu stellen, er möge sich äußern, wenn er etwaige Veränderungen in seinem Körper bemerken sollte. Oder wir stellten an den Patienten direkt die Frage, was er in seinem Körper empfinde. Sehr oft antwortete der Patient, er empfinde gar nichts, in anderen Fällen sagte er bestimmt, er empfinde Schauer, Kühle oder Wärme, Schmerzen u. a. m.

Solange die erste, d. i. die Organgruppe reproduziert wird, verhalten wir uns gewöhnlich ganz passiv, und beschränken uns darauf den Patienten bloß zu beobachten, sobald aber die emotionale Gruppe (Angst, Kummer, quälende Gefühle u. a.) in Wirkung tritt, stellen wir unter Umständen an den Patienten die Frage: „was er befürchte oder, wovor er sich ängstige?“ Oder auch der Patient wird veranlaßt nachzudenken, bei welchen Umständen früher er dasselbe Gefühl erlebt habe,

resp. an welche Umstände in seinem Leben ihn diese Angst erinnere? Gewöhnlich äußert sich der Patient beim Beginn der ihn beherrschenden Emotion dahin, er wisse nicht und er könne sich nicht daran erinnern, was für einen Grund das betreffende Gefühl habe.

Nachdem eine gewisse Zeit verstrichen ist, wie oben des näheren beschrieben war, stößt der Patient einen Ruf oder nicht artikulierten Schrei aus und beginnt darauf halluzinatorisch das affektive Erlebnis selbst zu reproduzieren.

Solange nun der Patient das gesamte Erlebnis nicht reproduziert hat, tritt bei ihm keine Beruhigung ein. Wir veranlassen unsere Patienten stets, besonders bei der ersten Reproduktion, das ganze Erlebnis wiederzuerleben und lassen sie bloß, soweit es geht, uns ausführlich zu berichten, was sie eben erleben, sehen, hören, mit wem sie sprechen, wo sie sich befinden usf. Der Patient wird dabei ganz in die Vergangenheit versetzt, in die betreffende Gegend, in das betreffende Lebensalter, in die betreffende Umgebung und erzählt dabei alles Erlebte derartig klar als ob er es richtig in der Gegenwart erlebe.

In seltenen Fällen versinken die Patienten so vollständig in die Vergangenheit, daß sie nicht einmal die an sie gestellten Fragen des Arztes hören und beantworten vermögen; solche Patienten erleben das Ereignis in einem vollkommenen Trancezustand, von der sie umgebenden Gegenwart vollkommen losgelöst.

In den meisten Fällen kann sich der Patient an alles erinnern was sich zur Zeit der Reproduktion ereignet hat, erzählt es auch wieder, und vermag es auch genau zu beschreiben. Wir beauftragen daher öfters gebildete Patienten nach der Reproduktion ihre Erlebnisse selbst zu beschreiben. Bei einer solchen Beschreibung erlebt der Patient gewöhnlich von neuem dieselben körperlichen Manifestationen und Emotionen, die er bei dem betreffenden Ereignis oder bei dessen Reproduktion erlebt hat, allerdings in einem viel schwächeren Intensitätsgrade aller Äußerungen. Wir bezeichnen das als Autoreproduktion und bedienen uns ihrer zur Beschleunigung der Kur.

Unsere Versuche mit den Kranken erwiesen, daß der Patient, sobald er begonnen hat die pathogenen Komplexe zu reproduzieren, belassen werden muß diese bis zum Ende abzureagieren, wie qualvoll diese Abreagierung auch sein mag. Widrigenfalls, wenn die Reproduktion durch irgendeine Störung, Öffnen der Augen z.^oB. u. a., sei es bei der ersten, zweiten oder dritten Stufe der Abreagierung, unterbrochen wird, vermag der Patient lange Zeit hindurch, manchmal mehrere Tage sich nicht zu beruhigen, weil er während der ganzen Zeit sich unter dem Einfluß des Wiedererlebten und doch nicht Aufgelösten befindet. Wenn dagegen der Patient veranlaßt wird das gesamte affektive Erlebnis zu reproduzieren, beruhigt er sich gewöhnlich ohne jeden Beistand des Arztes und ohne irgendwelchen äußeren Einfluß. Aus diesem Grunde soll der

Patient erst dann die Augen öffnen und von seinem Platz aufstehen, wenn der abzureagierende Komplex sein affektives Ende erreicht hat.

Während der Reproduktion befinden sich die Patienten, wie ausgeführt, im Bewußtsein, wenn auch geistig in das einst Erlebte versetzt, insofern vermögen sie auch die Fragen des Arztes zu beantworten und sind sich überhaupt der Gegenwart bewußt. In selteneren Fällen ist der Patient derartig tief in die Vergangenheit versunken, daß er auf die Frage: „wo befinden sie sich?“, die Antwort erteilt, er sei dort wo er einst in der Wirklichkeit sein seelisches Trauma erlebt habe. Dasselbe gilt auch in bezug auf das Zeitbewußtsein.

Intelligenter Patienten teilen mit, daß sie in solchem Zustand wie *entzweit* seien (Doppelbewußtsein!): bald sind sie sich der Umgebung, resp. der Gegenwart voll bewußt, bald fühlen sie sich zur selben Zeit in das Erlebnis des Vergangenen versetzt. Dabei ist bald das aktuelle Bewußtsein (in bezug auf die Realität) stärker, bald das Erleben der Vergangenheit intensiver, je nach dem Patienten. In selteneren Fällen ist, wie gesagt, das Versinken in das Erlebnis vollständig und dann ist sich der Patient der Umgebung völlig unbewußt. Der erlebte Komplex nimmt in solchen Fällen das gesamte Bewußtsein in Anspruch. Dabei bewährt der Patient nach Reproduktion des affektiven Komplexes gar keine Erinnerung daran, oder vermag sich seiner nur ganz dunkel, wie eines Traumes, zu erinnern.

Bei vollem geistigen Versinken in das Erlebnis, mit Verlust des Bewußtseins für das Gegenwärtige und Aktuelle, geht in einigen Fällen auch der Kontakt mit dem Arzte verloren. Der Patient beantwortet nicht die Fragen und vermag auch keine Beziehung zur reellen Umgebung zu gewinnen, nicht einmal bei den stärksten äußeren Erschütterungen, wie etwa Rufen, Rütteln, Kneifen, Massage des Körpers u. a., die der Arzt evtl. bei ihm vornimmt. Beim evtl. Versuch dem Patient die Augen zu öffnen, schließt er sie sofort wieder, wobei die Pupillen nach oben gezogen sind. Indessen bleibt dieser Zustand doch für den Patienten ganz unbedenklich, da der Patient schließlich, nach Abreagierung des Komplexes, sich ohne jede Beihilfe von seiten des Arztes beruhigt, zu sich kommt und den geistigen resp. physischen Normalzustand wiedergewinnt, wenn auch der Anblick seines Zustandes für die ihn umgebenden, evtl. unerfahrenen Personen, äußerst qualvoll sein kann.

Der folgende Fall ist hinsichtlich des oben Ausgeführten besonders bezeichnend.

A. L., ein Mädchen von 12 Jahren: Ihr Vater steht im 55. und ihre Mutter im 44. Lebensjahre, beide sind gesund. Die Patientin war das erste Kind in der Ehe, zeitig und gesund geboren. In der Familie sind keine Fälle von Geisteskrankheiten vorgekommen. Als Schülerin war die Patientin ausgezeichnet. Die Erkrankung begann im Frühling 1926, an einem Tage als die Patientin Wasser trug und vom Dorfbrunnen nach Hause zurückkehrte.

Plötzlich wurde sie von zwei großen Schäferhunden rüchlings überfallen, die sie auf den Boden schleuderten. Die Hunde wurden gleich darauf von ihrem Vater verscheucht und das Ereignis hatte unmittelbar keine weiteren Folgen; bis zum Abend blieb das Kind ganz ruhig und schlief die erste Nacht normal. Die folgende Nacht wurde aber sehr unruhig verbracht; sie fuhr mehrere Male im Schlafe heftig zusammen, schrie laut auf, die Hunde überfallen sie und schwenkte in großer Erregung die Hände, ungefähr eine halbe Stunde lang. Die darauf folgenden zwei Nächte vergingen ebenso unruhig mit den bezeichnenden Äußerungen eines starken Angstgefühls. Am Tage fühlte sie sich dagegen ganz wohl, blieb ruhig und frisch, begann aber bald über heftige Kopfschmerzen zu klagen. Sie sprach darüber, der Kopf sei ihr in der Stirngegend wie starr geworden. Die Patientin blieb zwar wie früher sehr gescheit, konnte auch ihre Schulaufgaben gut lösen, wurde aber schweigsam, still und in sich geschlossen, dazu kamen fortwährende Klagen über Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit; ihre Stimmung wurde gedrückt und meistens schläfrig. Bei einem derartigen schläfrigen Zustand bekam sie eines Tages einen heftigen Angstanfall. Dieser Anfall blieb zwar zuerst vereinzelt, doch im nächsten Winter wiederholte er sich. Als sie dann von ihren Verwandten zwecks Ärztekonsultation nach Sofia gebracht wurde, wiederholte sich der Anfall im Zuge. Die Patientin schrie laut auf und jammerte: „Schwester, der Hund, oh, der Hund!“ Fieber trat aber dabei nicht auf. Nach dem Anfall konnte sich die Patientin an nichts mehr erinnern und wunderte sich, warum sie geweint hatte.

Status praesens. Die subcutane Fettlagerung ist mittelmäßig, die Muskulatur am ganzen Körper gut entwickelt. In den inneren Organen sind keine Abweichungen vom Normalen vorhanden. Der corneale und pharyngiale Reflex sind voll erhalten. Die Pupillen sind gleich, reagieren normal auf Licht, Akkommodation und Konvergenz.

Wir brachten die Patientin in die übliche Lage und schlossen ihr die Augen durch leichten Händedruck auf die Lider. Nach 4 Minuten beginnt die Patientin schwer zu atmen, das Gesicht wird blaß, Tränen treten in die Augen, sie fängt an laut zu schreien, zu rufen, zu bellen. Diese Erscheinungen dauern ungefähr eine halbe Stunde; währenddem fühlt sie keine Stiche, die ihr beigebracht werden, beantwortet nicht die an sie gestellten Fragen, scheint nicht einmal die Stimme des Arztes zu hören. Offenbar ist die Patientin von der äußeren Welt völlig abgetrennt und im Zustande einer vollen Introjektion. Wir machen den Versuch ihr die Augen zu öffnen, jedoch fallen die Lider sofort wieder zu. Die Augäpfel sind nach oben gerollt. Trotz energischer Zurufe, sie solle erwachen, zu sich kommen, reagiert sie darauf gar nicht, sondern fährt fort, die erlebte heftige Angst von dem Hundeüberfall weiter zu reproduzieren, mit allen Gebärden, Schreien und Rufen, die sie damals zur Abwehr ausgestoßen hat. Das Ende der Reproduktion schließt mit starkem Schluchzen, das dem Laute eines Hundegebells ähnlich ist.

Darauf öffnete sie selbst die Augen, kam zu sich, bekam den Kontakt mit dem Arzte und der Umgebung wieder zurück, blieb aber noch weiter unruhig, gestört, geängstigt und mit Tränen in den Augen. Auf die Frage, was mit ihr geschehen sei und woran sie sich von alledem, was eben vorgekommen, erinnere, antwortete die Patientin, sie könne sich an nichts erinnern. Bei den nächsten drei oder vier Sitzungen fing die Patientin bereits an, sich an das Reproduzierte zu erinnern, es scheine ihr als ob sie es geträumt habe, daß die Hunde sie überfallen und sie sich stark erschrocken hätte. Nach einigen weiteren Reproduktionen konnten wir mit der Patientin bereits während der Reproduktion in Kontakt treten, und zwar zuerst bezüglich Äußerungen der ersten, d. i. der Organgruppe des reproduzierten Erlebnisses. Sie antwortete richtig auf unsere Frage — was sie empfinde? — sie empfinde Schauer, zuerst in den Beinen, dann im ganzen Körper, daß sie schwer atme; jedoch ging dieser bereits gewonnene Kontakt mit der Patientin

bei der Reproduktion der zweiten Gruppe wieder verloren; die Patientin gab wieder keine Antwort auf die an sie gerichteten Fragen. Nach weiteren zwei bis drei Sitzungen begann die Patientin Fragen auch bei der Reproduktion der zweiten Gruppe zu beantworten und später auch im Verlauf der dritten Gruppe.

Bereits nach den ersten Reproduktionen verschwanden die spontanen Angst-anfälle, die ihre Angehörigen besonders entsetzten und die gewöhnlich etwa eine halbe Stunde dauerten. Während ihres weiteren Aufenthaltes in der Kinderklinik, in die sie verbracht wurde (vom 16. 4. 27 bis 17. 3. 28), d. h. binnen 11 Monate, sind diese Anfälle kein einziges Mal mehr aufgetreten.

Die Patientin wurde bei einer Vorlesung demonstriert und es wurde eine Reproduktion im Auditorium durchgeführt. Bei sämtlichen Reproduktionen haben sich dieselben Erscheinungen eingestellt, nämlich zuerst die körperlichen Manifestationen, dann der Angstanfall und dann das Erlebnis des Hundeüberfalls — stets in derselben Reihenfolge, bloß mit der Änderung, daß die nachfolgenden Reproduktionen immer schwächer ausfielen.

Zum Schlusse der Behandlung verschwanden die Angstanfälle gänzlich, die Kopfschmerzen verminderten sich bedeutend, die Stimmung der Patientin besserte sich, sie wurde nach und nach gesprächiger, freundlicher und lustiger und konnte somit nach bedeutender Besserung ihres allgemeinen Befindens aus der Klinik entlassen werden.

Wir haben oben einen besonders schweren Fall beschrieben, bei dem das Versinken in das traumatische Erlebnis während der Reproduktion so tief und vollkommen war, daß der Patient jeder Beziehung zur realen Außenwelt verlustig ging. In anderen Fällen bleibt der Patient während der Reproduktion im vollen Kontakt mit dem Arzte; er beantwortet seine Fragen und der Arzt vermag ihn über alles auszufragen, was er reproduziert, bis auf die kleinsten Einzelheiten, trotzdem auch hier der Patient das traumatische Ereignis völlig wiedererlebt und evtl. ebenfalls sich an nichts davon im Wachzustand erinnern kann.

Wieder in anderen Fällen bleibt der Patient im Bewußtsein seiner Beziehung zur Wirklichkeit bloß bei Reproduktion der körperlichen Äußerungen und verliert es bei Reproduktion der emotionalen Elemente, oder das betreffende Bewußtsein geht erst bei der Reproduktion des Gegenstandsinhalts im Erlebnis verloren.

In den meisten Fällen jedoch, d. h. die Regel bildet die Lage, daß *der Patient beim Wiedererleben im Kontakt mit dem Arzte steht, sich der umgebenden Wirklichkeit bei der Reproduktion des gesamten Komplexes bewußt bleibt und sich auch an alles erlebte nach Schluß der Sitzung erinnern kann.* Wir heben hier ferner den Umstand hervor, daß bei *Reproduktion des Komplexes Suggestionen, die mit dem Wiedererlebten in keiner Verbindung stehen, von dem Patient nicht aufgenommen werden.* Unsere Versuche während der Reproduktion den Patienten zu suggerieren hatten gar keinen Erfolg. Wenn z. B. bei dem Patienten eine Reihe von körperlichen Manifestationen zum Vorschein kamen, suggerierten wir ihm etwa, sie verschwänden wieder, daß er also keinen Schauer, Kühle, Wärme usw. in seinem Körper mehr empfinde, alles umsonst. Er blieb dabei, daß er sie weiter empfinde, manchmal sogar noch stärker als vor dem.

Wenn der Patient im normalen Bewußtseinszustand Anästhesien aufwies, suggerierten wir ihn während der Reproduktion dahin, daß er nach Wiederkehr des normalen Zustands das Empfinden in den anästhesierten Körperteilen wiedergewinnen werde. Jedoch erwiesen sich auch diese Suggestionen erfolglos, die Anästhesien blieben zurück, solange die affektiven Erlebnisse, die sie hervorgerufen hatten, in der Seele des Patienten nicht aufgelöst wurden. Sämtliche mit dem Affekt verbundenen körperlichen Manifestationen bleiben also stets erhalten und können durch keine Suggestion beseitigt werden. Aus diesen Beobachtungen bei unseren Versuchen zogen wir den Schluß, daß die meisten Symptome bei Psychoneurotikern *nicht durch den psychologischen Mechanismus der Suggestion, sondern durch affektive Fixierung sich bilden.*

Nachdem der Patient den erlebten affektiven Komplex reproduziert hat, beruhigt er sich, wie oben erwähnt, und darauf kann ihm gestattet werden die Augen zu öffnen und aufzustehen. Nach der Reproduktion fühlen sich die Patienten gewöhnlich erleichtert und von verschiedenen, vornehmlich quälenden, Empfindungen befreit.

Manchmal trifft aber gerade das Entgegengesetzte ein. Die Kranken werden unruhig, aufgereggt und beklagen sich über das häufige Auftreten derselben pathologischen Äußerungen, die sich auch früher bei ihnen einstellten. Solcher Zustand kann unter Umständen 2—3 Tage nach der Reproduktion anhalten und muß immer in Betracht gezogen werden, damit die Patienten selbst oder ihre Angehörigen über dessen möglichen Eintritt gewarnt werden können. Diese nachfolgenden Erscheinungen hängen davon ab, daß nach Reproduktion eines oder mehrerer Komplexe, die Patienten eine Zeitlang noch unter deren Einfluß stehen und ihr Bewußtsein in gewissem Maße mit den wiedererlebten quälenden oder schrecklichen Ereignissen beschäftigt ist. Unsere Beobachtungen dieses Zustands erwiesen, daß derselbe den Vorgang der allmählichen psychischen Auflösung eines zum traumatischen Komplex ausgebildeten affektiven Erlebnisses darstellt. Das sind also affektive Erlebnisse in einem solchen Zustand, wo sie für das betreffende Individuum sozusagen noch nicht zur Geschichte geworden, also noch nicht aufgelöst sind und nicht ruhig wiedererzählt werden können, wie das bei liquidierten Komplexen umgekehrt der Fall ist. Während dieser Zeit vollzieht sich eben die psychologische Auflösung des Komplexes und deshalb muß diese scheinbare Verschlimmerung als ein Gesundungsprozeß betrachtet werden.

Die oben beschriebene scheinbare Verschlimmerung des Zustands, die gewöhnlich einige Tage anhält, hängt öfters auch mit der spontanen Reproduktion anderer affektiven Erlebnisse zusammen. Die Patienten vermögen nämlich nach einer Reproduktion mit Hilfe des Arztes willkürlich andere Komplexe selbst zu reproduzieren, die mit dem ersten bereits reproduzierten in emotionaler Beziehung verwandt sind.

Tatsächlich zeigt unsere Erfahrung aus der Anwendung der oben beschriebenen Methode, daß ein und derselbe affektive Komplex durch *eine* Reproduktion gewöhnlich nicht aufgelöst werden kann. Zur vollen Auflösung eines schweren affektiven Erlebnisses sind stets mehrere Reproduktionen erforderlich. Bei der ersten Reproduktion äußert sich der reproduzierte Affekt stets am stärksten und bei jeder nachfolgenden nimmt seine Intensität ständig ab, bis zuletzt ein vollkommen ruhiges Erzählen des Erlebten Platz greift ohne körperliche Veränderungen und ohne Aufregung. Der Patient erzählt nun das Ereignis als seine eigene Geschichte und hält dann selbst das für ihn einst schreckliche und quälende Erlebnis für liquidiert. Um jede neue Reproduktion zu begünstigen hat der Arzt alles Reproduzierte sich zu notieren, um bei den folgenden Reproduktionen die Einzelheiten dem Patienten evtl. wieder ins Gedächtnis zu rufen. Die wiederholte Reproduktion kann entweder auf dem üblichen Wege durch die erste, zweite und dritte Gruppe der körperlichen und geistigen Manifestationen nacheinanderfolgend vor sich gehen, oder zur Beschleunigung des Vorgangs durch eine vom Arzte veranlaßte Fixierung bloß auf die dritte Gruppe, d. i. den Gegenstandsinhalt des Erlebnisses, erreicht werden.

Nach Auflösung eines Komplexes auf diese Weise verschwinden auch die mit ihm verbundenen Symptome. Die physischen Symptome der Psychoneurosen stellen somit nach unserer Erfahrung körperliche Veränderungen vor, die mit den einst erlebten Affekten eng verbunden sind.

In den meisten Fällen sind die affektiven Erlebnisse bei den Patienten nicht vereinzelt, sondern treten mehrfach auf. Es werden gewöhnlich zuerst die nächsten Erlebnisse reproduziert und auf diesem Wege fortschreitend geht der Patient nicht selten bis zu seinen Kinderaffekten zurück. In vielen Fällen wurden in unserer Praxis erlebte Affekte aus dem 5., 4. und sogar 3. Lebensjahr reproduziert.

Es sind aber auch Fälle vorgekommen, bei denen die erwähnte zeitliche Reihenfolge der Reproduktionen gestört wurde und eine neue Reproduktion gemäß dem emotionalen Einklang mit der vorhergehenden Reproduktion folgte.

Es erweist sich somit, daß es gleichgültig bleibt, ob das erlebte affektive Ereignis im normalen Bewußtseinszustand im Gedächtnis bleibt oder nicht, in beiden Fällen kann es eine pathogene Wirkung haben und nicht liquidiert sein. Unserer Erfahrung nach ist das Ereignis pathogen, wenn eine Dissoziation zwischen zweien der dasselbe bildenden drei Hauptgruppen besteht, so daß sämtliche Erzählungen von affektiven Erlebnissen einen pathogenen Charakter haben. Wir konnten ferner durch die Methode der Reproduktion feststellen, daß manche von den erlebten Ereignissen, denen der Patient selbst eine entscheidende Bedeutung im Sinne der Grundursache für die Entstehung seines krankhaften Zustands zuschreibt, bereits liquidiert sind.

Vielmals haben wir, um die Objektivität unserer Methode zu prüfen, eine Reproduktion vorgenommen, bevor wir eine Anamnese festgestellt hatten und ohne die affektiven Erlebnisse des Patienten zu kennen. Auf diese Weise diente unsere Methode auch dazu die wirkliche psychopathogene Anamnese zu sammeln. Nach der Reproduktion wundern sich manchmal die Patienten selbst über den festgestellten Zusammenhang, der zwischen den verschiedenen Symptomen ihrer Krankheit und dem reproduzierten Erlebnis besteht.

III. Über Dissoziation.

Die Erfahrung mit unserer Methode zeigt uns, daß das affektive Erlebnis bei seiner Reproduktion nicht wie das normale Erlebnis zusammengehängt verläuft, sondern eine Zergliederung, d. h. Dissoziation, erleidet.

Nach Reproduktion einer Reihe von körperlichen Manifestationen, vergeht eine längere Zeit, bis der mit ihnen eng verbundene emotionale Komplex zum Vorschein kommt. Nach dem Auftreten des letzten verstreicht dann ein noch längerer Zeitraum bis auch der Gegenstandsinhalt des Erlebnisses reproduziert wird.

Es fragt sich nun, worauf denn diese Dissoziation zwischen den erwähnten Hauptgruppen des Erlebnisses beruht. Ob diese auf eine funktionale zeitweilige Hemmung (Verdrängung) in den respektiven assoziativen Systemen oder auf eine solche in den die Gruppen bildenden Engrammen selbst zurückzuführen ist, läßt sich mit Sicherheit nicht feststellen. Der bekannte russische Physiologe *Pawlow* stellt ebenfalls bei den sog. bedingten Reflexen den Vorgang der Hemmung und dann der Loslösung (Aktivierung) fest, gibt uns aber auch keine Auskunft über das Wesen des anatomisch-physiologischen Korrelats bei diesem Vorgang. Es findet in der Tat seine Schwierigkeit diese Zergliederung zwischen den drei Gruppen näher zu bezeichnen. Ob das nun eine funktionale Dissoziation, oder Verdrängung, resp. Hemmung bildet, bleibe also dahingestellt. Zugunsten der Hemmung sprechen die Fälle der Reproduktion eines affektiven Erlebnisses im Trancezustand oder beim Somnambulismus. In solchen Fällen wird, wie bekannt ist, das affektive Erlebnis im ganzen reproduziert und sämtliche Gruppen des affektiven Komplexes sind dabei aktiviert, wobei aber die körperliche Aktivität (Haut-, Muskel-, vicerale), die mit dem Affekt in keinem Zusammenhang steht, verdrängt, d. i. gehemmt bleibt.

Daraus folgt nun, daß wir in diesem Falle eine Hemmung des organischen Ichkomplexes (in dem von uns sog. Ichpsychon, nach unserer Auffassung) vor uns haben, währenddem die affektiven Gruppen aktiv, d. h. freigegeben sind.

Beim Erwachen kann sich der Patient des im Trancezustande Erlebten nicht erinnern, weil im Wachzustand die affektiven Gruppen in den

Hemmungszustand übergehen, während der Ichpsychon bereits in den Zustand der Hemmungslosigkeit getreten ist.

Hier entsteht aber eine andere Frage, nämlich die, welche Teile des Nervensystems bei Bildung der drei Gruppen sich beteiligen, resp. wo eigentlich die 1., 2. und 3. Gruppe des Erlebnisses lokalisiert sind?

Die ziemlich reiche Erfahrung mit der Reproduktionsmethode zeigt, daß die erste Gruppe (Organgruppe) verhältnismäßig einförmig ist, d. h. die verschiedenen körperlichen Veränderungen und Organempfindungen, wie mannigfaltig sie auch sein mögen, bleiben doch sehr typische, instinktive Reaktionen auf die verschiedensten Gegenstandsinhalte. Denselben Charakter trägt auch die emotionale Gruppe (meistenteils in Angst und Seelenqual ausgedrückt). Dagegen ist die dritte (Empfindungsvorstellungsgruppe) ihrem Inhalt nach äußerst mannigfaltig, sie ist also rein individuell gestaltet. Die ersten zwei Gruppen stellen somit allgemeine, typische Reaktionen des Menschen *als Art* vor; als solche sind sie auch für die höheren Tierarten bezeichnend, während der Gegenstandsinhalt sehr verschieden ausfallen kann und sozusagen die individuelle Erfahrung ausdrückt.

Auf Grund dessen muß man annehmen, daß an der Bildung der ersten Gruppe die Körperfühlsphäre zusammen mit dem Striopallidarsystem teilnimmt; an der Bildung der zweiten Gruppe das thalamische System und schließlich bei der Gestaltung der dritten Gruppe ausschließlich die Rinde der großen Hemisphären beteiligt ist.

Die Unterordnung der reflektiven Automaten in der Medulla oblongata und dem Rückenmark gegenüber dem striopallidaren System, wie auch die Zusammenhänge des letzten mit dem vegetativen System, sind hinlänglich bekannt. Daraus folgt nun, daß bei einem affektiven Erlebnis das gesamte Nervensystem beteiligt ist.

Ein Teil der Komponenten befindet sich im Zustande der Hemmung, während die anderen hemmungslos sind. Die aktiven Gruppen des affektiven Komplexes bilden eben die Symptome der Psychoneurose.

Als aktivste Gruppe erweist sich dabei die erste; sie äußert sich *zunächst* bei der Reproduktion und durch anhaltende Wirkung stimuliert sie die zweite Gruppe; die letzte ihrerseits stimuliert und aktiviert die dritte Gruppe, d. i. den Gegenstandsinhalt des Erlebnisses.

Es fragt sich nun, worauf die Hyperaktivität dieser oder jener Gruppe des affektiven Erlebnisses zurückzuführen ist? Wie oben bereits erwähnt wurde, ist die Organgruppe am meisten hyperaktiv und ihre Komponenten bilden die Symptome der Psychoneurose. Öfters befinden sich im hyperaktiven Zustand sowohl die erste als auch die zweite Gruppe und deren Komponenten bilden dann die Symptome der Neurasthenie.

Die Reproduktionsmethode zeigt uns, daß das affektive Erlebnis der Dissoziation vornehmlich zwischen den erwähnten Gruppen unterliegt.

Die *Hyperaktivität der einen oder der anderen Gruppe hat, wie vorauszusetzen ist, irgendeine Beziehung zur beobachteten Dissoziation.*

In der Tat beobachten wir bekanntlich bei Dissoziation in dem Pyramidensystem organischen Ursprungs, z. B. bei Bluterguß in die innere Kapsel (*Capsula interna*), während der ersten zwei Wochen eine laxe Paralyse der Extremitäten; die letzten entbehren dabei jeden Tonus. Während dieser Zeit fehlen nicht nur diejenigen Reflexe, deren Bogen durch das Großhirn läuft (wie etwa die Bauch- und die Fußreflexe), sondern auch die Sehnenreflexe, deren Bogen im Rückenmark geschlossen wird. Es ist klar, daß es sich hier nicht nur um Störung der Leitbarkeit des Pyramidensystems, sondern auch um volle Funktionsunterbrechung der Vorderhörnerzellen des Rückenmarks handelt, die den Pyramidenneuronen unterordnet sind. Eine solche zeitweilige Hemmung der Neurofunktionen, die aber unmittelbar nicht geschädigt sind, sondern bloß des Zusammenhangs mit denjenigen Neuronen entbehren, von denen die ersten ihre Impulse empfangen, resp. unter deren Kontrolle normalerweise ihre Tätigkeit verläuft, hat V. Monakow als *Diaschisis*, im Sinne einer vorübergehenden Paralyse des Neurons, bezeichnet.

Indessen ist es wohlbekannt, daß dieser vorübergehende Zustand schließlich von einem *dauernden Zustand* abgelöst wird, der aber durchaus keine Wiederherstellung der regelmäßigen Funktion dieses der Kontrolle entbehrenden Neurons (der von dem höheren Pyramidenneuron dissoziiert ist) bedeutet. Im Gegensatz zum ersten Zustand der *Diaschisis beginnt bei dessen Ablösung durch einen Dauerzustand eine verstärkte Tätigkeit* (Hyperaktivität) *des Neurons, als Ergebnis aller anderen auf ihn einwirkenden Einflüsse, einzutreten.*

In bezug auf den peripheren-motorischen Neuron, welcher der Kontrolle von seiten des Pyramidensystems wegen materieller Dissoziation entbehrt, finden wir scharf verstärkte Sehnenreflexe mit erhöhtem Reflextonus, d. h. eine Hyperaktivität der motorischen Automatismen des Rückenmarks überhaupt. Bei deren Dissoziation von dem höheren Pyramidenneurokomplex beginnen sie selbständig zu funktionieren, indem sie unmittelbar auf äußere Einwirkungen reagieren, und je mehr dessen Anregung zur Tätigkeit verstärkt wird, desto mehr kommen sie in ihrer vollendeten Absonderung zum Ausdruck. Diese Art erhöhter Tätigkeit der Automaten bei deren Isolierung hat der russische Gelehrte *Davidenkow* als *Dynamose* bezeichnet.

Auf Grund des oben Ausgeführten ist anzunehmen, daß eben auf Dissoziation zwischen den verschiedenen Gruppen des affektiven Erlebnisses die Hyperaktivität der einen oder der anderen Gruppe beruht.

Die die hysterischen Symptome bildende organische Gruppe befindet sich offenbar im Zustande *der Dynamose*, da sie von der zweiten emotionalen Gruppe dissoziiert ist. Die erste und zweite Gruppe, welche die neurasthenischen Symptome bilden, befinden sich wohl ebenfalls im

selben Zustand, da sie von der dritten Gruppe dissoziiert sind. Da nun, wie oben näher ausgeführt, die unterordneten Automate bei Dissoziation in dem Pyramidensystem in den Dynamosezustand treten, so folgt daraus, daß bei einem affektiven Erlebnis die Organgruppe in einem Unterordnungsverhältnis zur emotionalen Gruppe und die letzte ihrerseits in einem solchen zur intellektuellen Gruppe steht.

Folgenderweise erscheint das Gefühl als eine Reaktion auf die Wahrnehmung und die körperlichen Veränderungen als eine solche auf das betreffende Gefühl. Das ergibt eine wichtige Erwägung gegen die Lehre von dem Affekt von *James Lange*, die wir in einer anderen Schrift auf Grund unserer Erfahrung aus der Reproduktionsmethode näher in Betracht ziehen wollen.

Es ist bekannt, daß nach Abfluß des Affektstroms die Symptome der Psychoneurose gewöhnlich nicht sofort in Erscheinung treten, die dauernden Symptome besonders treten erst nach einer längeren oder kürzeren Zeit auf.

Auch hier kann wohl zugelassen werden, daß die Gruppen des affektiven Erlebnisses eine Zeitlang, die als latente Periode bezeichnet wird, im Zustande einer Diaschisis sich befinden, worauf die getrennten und unterordneten Gruppen in den dauernderen Zustand der Dynamose übergehen.

Die Hyperaktivität der untergeordneten Instanzen hat nun zur Aufgabe dieselben mit der höchsten regierenden Instanz zu verbinden. Bei organischer Dissoziation ist das zwar unmöglich, jedoch bei einer oberflächlicheren funktionalen Dissoziation wird diese Verbindung hergestellt, d. h. durch Hyperaktivität einer Gruppe wird die andere ebenfalls stimuliert. *Unsere Reproduktionsmethode zeigt nun, daß nach Verbindung der dissoziierten Gruppen auch die Symptome der Psychoneurose verschwinden und somit auch der Dynamosezustand.*

Die Verstärkung der Symptome bei der Psychoneurose stellt demgemäß unseres Erachtens eine Tendenz zur Verbindung, resp. zur Beseitigung der Dissoziation, d. i. zur Liquidation der affektiven Erlebnisse. Daraus folgt, daß die Heilungsmethode durch Ablenkung bloß eine Hemmung oder gar ein direktes Hindernis für die raschere Herstellung des dissoziierten affektiven Erlebnisses vorstellt. Die Fälle der spontanen Reproduktion, d. h. die sog. Krisen und die darauf eintretende plötzliche Heilung, bestätigen am besten unsere Voraussetzung.

Wir meinen, daß die Dissoziation zwischen den verschiedenen Gruppen des affektiven Erlebnisses keinen materiellen Charakter trägt, und betrachten sie soweit für funktionell, als die assoziativen Verbindungen zwischen den Gruppen wiederhergestellt werden können und somit passierbar werden. Der Affektstrom wirkt wie ein Trauma (toxisches, biologisches usf.) und kann eine Lahmlegung, also eine Art Anästhesie, der die Gruppen verbindenden assoziativen Systeme hervorrufen,

besonders bei Individuen mit labilem Nervensystem, sei es wegen der Häufigkeit affektiver Erlebnisse, besonders im Kindesalter, sei es auf erblicher Grundlage.

Die Aktivierung der lahmgelegten assoziativen Systeme zwischen den Gruppen kann man auch in Fällen beobachten, in denen andere, nicht psychologische Stimulationen vorliegen. Man beobachtet solche etwa bei verschiedenen Infektionserkrankungen, besonders bei solchen, dessen Toxine auf das Großhirn einwirken. So haben wir z. B. beim Typhus eine Reproduktion affektiver Komplexe beobachtet, die von den Patienten in den verschiedensten Zeiten ihres Lebens erlebt wurden. Ähnliche Erscheinungen kann man auch bei Alkoholvergiftungen beobachten und ebenso bei Narkose, besonders im Stadium der Erregung.

IV. Über emotionale Fixierung.

Die Reproduktionserfahrung zeigt uns, daß jede körperliche Veränderung, jede Vorstellung oder Wahrnehmung, die bei dem Erleben einer heftigen Emotion beteiligt waren, genau und wie es scheint mit derselben Intensität reproduziert werden, trotzdem das betreffende Ereignis unter Umständen Jahrzehnte zurückliegt. Oder, mit anderen Worten, sämtliche Engramme, die sich bei dem aktuellen affektiven Erlebnis gebildet haben, werden fixiert. Die einen von den Engrammen bleiben im latenten Zustand, d. h. in dem der Hemmung, während die anderen aktiv oder sogar hyperaktiv werden. Somit fixiert der Affekt nicht nur die Vorstellungen und Wahrnehmungen, die ihn hervorgerufen, sondern auch zufällige Wahrnehmungen und Vorstellungen, die ihn begleitet haben.

Außerdem fixiert ein Affekt auch organische Veränderungen und Empfindungen, die bei dessen Erleben beteiligt waren. Ein 30jähriger Patient z. B. schreit aus vollem Halse bei Reproduktion einer Operation an der Gurgel, die bei ihm im 10jährigen Alter vorgenommen wurde, und zwar wegen heftiger Schmerzen, die er im Moment empfindet. Ein anderer Patient, 20 Jahre alt, weinte wegen heftiger Schmerzen im Bein bei Reproduktion eines Brandes, den er in seinem 14. Lebensjahr erlebt hatte, und bei dem er einen heftigen Stoß bekam. Er zog dabei die Beine krampfhaft zusammen und drückte mit der Hand auf die verletzte Stelle. Der Patient S., 28 Jahre alt, knirscht mit den Zähnen wegen heftiger Schmerzen im Arm, der einst bei einem Zusammenstoß mit Räubern, die den Patienten einer Tortur unterwarfen, gebrochen wurde und jetzt ankylodiert ist. Ein anderer Patient, im 21. Lebensalter, zitterte vor Frost bei Reproduktion eines Erlebnisses vor 5 Jahren — er wurde nämlich bei einer Schiffahrt im Winter wegen eines Vergehens von dem Kapitän in Fesseln gelegt und die ganze Nacht hindurch auf dem Oberdeck liegen gelassen, und zwar bei großer Kälte und heftigem Wind. Der Patient D. T. im Kriege lachte und rauchte eine Zigarette einige

Augenblicke vor der Explosion einer Mine in seiner nächsten Nähe. Körperlich blieb er zwar unverletzt, doch bald darauf stellte sich bei ihm dauernd das sonderbare Symptome ein, daß wenn er sich eine Zigarre ansteckte, er unwiderstehlich und ohne jede Ursache lachen mußte.

Die angeführten und noch viele andere Fälle erinnern lebhaft an die sog. bedingten Reflexe von *J. P. Pawlow*. Der auf diesem Gebiete bekannte Forscher ¹ führt folgendes aus: „Wenn wir einem hungrigen Tier Nahrung zeigen, so ruft diese einen sehr intensiven *unbedingten* Eßreflex hervor; der bedingte Reflex kommt dann auch rasch zum Vorschein und ist ziemlich intensiv. Dagegen ist bei einem ständig gut ernährten Tiere der unbedingte Reflex viel schwächer und der bedingte tritt entweder gar nicht auf, oder erscheint zwar, aber viel später“.

Die Erfahrung aus der Reproduktionspraxis zeigt uns, daß als Hauptbedingung für die Fixierung sowohl der Komponenten des Gegenstandsinhalts, als auch der Organgruppe, das *emotinale Element* erscheint. Das Empfinden des Hungers beim Hunde verbindet z. B. die betreffenden Gegenstandsinhalte (bedingte Erreger) mit den unbedingten Reflexen (Organgruppe).

Der Verfasser dieser Schrift fuhr vor einiger Zeit in einer Droschke durch die Stadt. Das Pferd bewegte sich durch die Straßen ganz ruhig und gleichmäßig; bei der Staatsbank angelangt, erschrak es aber plötzlich, trat heftig zurück, fing an Seitensprünge zu machen und auszuschlagen, so daß die Droschke beinahe umkippte. Der Droschkenkutscher erklärte mir, daß gerade an dieser Stelle vor einigen Tagen ein Automobil das Pferd plötzlich von der Seite anfuhr und einen heftigen Schreck bei dem Tiere hervorrief. Bereits mehrere Male nach diesem Ereignis, klagte der Kutscher weiter, beginnt das Pferd, wenn es das Gebäude der Staatsbank passiert, auszuschlagen, Seitensprünge zu machen, keucht und weist alle sonstigen Zeichen einer starken Angst auf.

Es ist klar, daß hier beim Tiere ein bedingter Reflex sich ausgebildet hat: der Anblick des Platzes und des Gebäudes löst eine Reihe von Schutzreaktionen aus; die Hauptbedingung für die Bildung des Reflexes ist aber die Angst, die das Tier von dem anfahrenden Auto an dieser Stelle empfunden hat.

Die indifferenten Erreger (Gehörs-, Gesichts- u. a.) bleiben auch weiter indifferent, wenn das emotionale Element fehlt (wie etwa Hunger beim Hunde, Angst beim Pferde). Ohne diese Bedingung können, wie uns die Reproduktionserfahrung zeigt, keine bedingten Reflexe gebildet werden. Mit anderen Worten, die unbedingten Reflexe werden mit „unzähligen winzigen Erscheinungen der äußeren Welt“ (*Pawlow*) nicht nur aus dem Grunde verbunden, weil sie „zeitig damit zusammenfallen“,

¹ *Pawlow, J.*: Vorlesungen über die Wirkungstätigkeit der großen Hemisphären des Gehirns. S. 37.

sondern auch weil sie von einer bestimmten starken *Emotion* begleitet werden. Eben dieser Umstand bildet vom biologischen Standpunkt eine Art *Ersparung für die Schutzreaktion*, sowohl beim Tiere, als auch beim Menschen. In der Tat, wenn alle unbedeutenden Erscheinungen der Außenwelt, die zeitig mit der Wirkung der äußeren Faktoren zusammenfallen, die Agenten also, welche eine bestimmte Reaktion von seiten des Tieres in dem Verdauungs-, Schutz-, Fortpflanzungsgebiete und anderen Tätigkeitsgebieten des Organismus hervorrufen, in verschiedenen bedingten Reflexen fixiert wären, so würden diese „unzählbaren indifferenten Erreger“ das Tier ständig veranlassen Speichel resp. Verdauungssaft zu absorbieren, auszuschlagen und sofort, weil der eine oder der andere von den zahlreichen äußeren Erregern stets zeitig mit Äußerung der unbedingten Reaktionen auf Nahrung, Schutz, Fortpflanzung u. a. zusammenfällt. Das würde aber eine unnütze Verschwendung von Kräften und Energie bedeuten und deshalb entsteht eine solche Fixierung nur dann, wenn eine entsprechende Emotion vorliegt, d. h. wenn das Tier hungrig ist, sich von etwas bedroht fühlt u. dgl.

Aus der Reproduktionspraxis ergibt es sich also, daß bei Psychoneurosen der Affekt nicht nur die mit ihm verbundenen psychischen Komponenten als Symptome fixiert, sondern auch die physiologischen (organischen) Veränderungen, die den Affekt begleiten. Dabei werden nicht nur die ursächlichen Komponenten fixiert, sondern auch die zufälligen (indifferenten) Glieder der Assoziation beim Erleben des Affektes. Auf diesen Umstand, sowie auf die individuelle affektive Reaktion, ist die Mannigfaltigkeit der Symptome bei der Psychoneurose zurückzuführen.

V. Welche affektiven Erlebnisse werden dissoziiert?

Die Handlungen des Menschen können vom psychiatrischen Standpunkt im allgemeinen nach den folgenden zwei Typen verteilt werden:

1. Überlegte Handlungen oder nach *P. Janet* abgeschlossene (liquidierte) psychologische Handlungen (*actions complètes*); solche Handlungen gestalten sich wie komplizierte Manöver, vervollkommen sich und dienen zum Schutze des Menschen entweder vor Gefahren oder in seinen sozialen Beziehungen.

2. Affektive Handlungen, bei denen der Überlegungsvorgang einseitig bleibt, d. h. bloß in der Richtung einer bestimmten Emotion sich entwickelt oder auch ungenügend bleibt, und zwar deswegen, weil das Individuum zu überlegten Schutzhandlungen unfähig ist, sei es wegen geistiger Unreife (bei Minderjährigkeit), sei es wegen Unerfahrenheit in bezug auf komplizierte geistige Manöver, oder zuletzt wegen besonderer Eigenschaften der Gefahr selbst, wie z. B. im Falle von verschiedenen Naturereignissen, etwa bei Erdbeben, oder im Falle irgendeiner anderen

plötzlichen und unabwendbaren Gefahr. In solchem Fall sind die Schutzhandlungen regressiv resp. instinktiv; der Mensch ergreift die Flucht oder wird umgekehrt aggressiv, d. h. geht selbst zum Überfall über. Im ersten Falle sind sie vom Angstaffekt und im zweiten vom Zornaffekt begleitet. Hier kann aber der Schutz, wenn auch regressiven Charakters, einen Erfolg haben: das Individuum kann der Gefahr entgehen, die Gefahr besiegen oder beseitigen. Diese affektiven Erlebnisse unterliegen nach unserer Erfahrung selten der Dissoziation, da das Erlebte mit Erfolg, resp. mit einem Sieg für das Individuum beschlossen wurde wenn auch durch regressive Aktivität.

3. Wenn dagegen der Gefahr nicht entgangen werden konnte, resp. dieselbe konnte nicht durch die erwähnten regressiven instinktiven Handlungen beseitigt werden, kann die Regression noch weiter zurückgehen, d. h. das Individuum kann sich durch eine Reihe reflektorischer Handlungen schützen, die bei dem von den Franzosen sog. *abluttement*-Zustand zum Ausdruck kommen, wie Zittern, regellose Bewegungen u. a., die aber dieser Art der Reaktion den Nutzen nehmen, der sich durch Stilllegung der Bewegungen oder durch deren Ausnützung zur Flucht oder zum Überfall ergeben könnte. Auf Kosten einer solchen in höchst archaischen Formen, beinahe gänzlich erloschenen, sich äußernden Aktivität, erscheint aber manchmal ein anderer schützender Biomechanismus, nämlich der des Schutzes durch Unbeweglichkeit — *l'instinct d'immobilité* (Totstellreflex).

Wenn also das Individuum wegen einer oder anderen Ursache sich durch seine aktiven Schutzvorrichtungen nicht zu verteidigen vermochte, nämlich durch: 1. Manövrierung als Ergebnis von überlegten Handlungen und 2. Flucht und Aggression als affektive Handlungen, *verfällt es in den Zustand der Passivität.*

Die letzte Form der Reaktion, die sich vollständig von den vorhergehenden unterscheidet, besteht in einer vollkommenen Einstellung, d. i. Lahmlegung der Bewegungen, die sonst zum aktiven Schutze organisiert sind. Dieser Trieb, der eine volle Unterdrückung jeder Bewegung auferlegt, scheint auch eine Schutzvorrichtung, aber von sehr weit zurückliegendem, archaischem Ursprung zu sein.

Der Passivitätsgrad kann dabei sehr verschieden sein. Bei den Tieren kann man eine volle Unbeweglichkeit, einen Scheintod, bei dem Menschen einen Verfall in den Zustand der Bewußtseinslosigkeit beobachten. Bei diesem Zustand fehlt, wie bekannt, die körperliche Empfindlichkeit, wie Haut-, Muskel- und viscerele Empfindlichkeit. Schwächere Grade solcher Passivität sind: Katalapsie, Hypnose, hypnoider Zustand, psychologischer Automatismus, der Unterordnungs- und Suggestionszustand u. a. m.

Die Erfahrung aus unserer Praxis zeigte nun, daß das Individuum bei Reproduktion eines affektiven Erlebnisses, im Verlaufe dessen es

sich durch seine *aktiven*, oben erwähnten Schutzvorrichtungen nicht zu verteidigen vermochte, stets in den Zustand des *passiven Schutzes*, oder auch, wie das in zahlreichen Fällen zu beobachten ist, in den der archaisch-primitivsten Aktivität, l'abattement, wie die Franzosen sagen, gerät. Unsere Erfahrung belehrt uns weiter darüber, daß sobald die erlebten affektiven Ereignisse liquidiert und die Erlebnisgruppen unter sich assoziiert werden, die passive Anpassung (Einstellung) ebenfalls verschwindet. Der Patient verfällt nicht mehr in den bezeichnenden Hypnose- oder hypnoiden Zustand und ist auch nicht mehr zu suggerieren. Daraus folgt, daß Hypnose und die ihr ähnlichen Zustände eine Äußerung des Triebes zum passiven Schutz darstellen, das sind also psychische Einstellungen vornehmlich bei solchen Individuen, die einmal oder auch mehrmals im Leben in einen Zustand geraten waren, bei dem sie keinen Ausweg durch aktive Schutzvorrichtungen finden konnten, sei es wegen Unreife, wie das bei Kindern der Fall ist, sei es wegen katastrophalen Charakters des Ereignisses beim Erwachsenen. Solange nun solche affektiven Erlebnisse nicht aufgelöst sind, bleibt die erwähnte Einstellung erhalten und derartige Individuen unterliegen leicht der Hypnose, sowie Suggestionen und allerlei anderen Einflüssen.

Es fragt sich nun, weshalb verfällt denn der Patient bei Reproduktion des affektiven Erlebnisses in einen hypnoiden und manchmal auch in tiefen hypnotischen Zustand?

Beim Reproduktionsvorgang wird, wie oben ausgeführt, der ganze Affekt reproduziert wie er erlebt wurde, damit zusammen wird aber auch die entsprechende Stellung des Individuums bei dem Erlebnis reproduziert, d. h. *seine passive Schutzeinstellung*. Somit ist die Hypnose und der hypnoide Zustand nach unserer Erfahrung als eine Äußerung des passiven Schutzes, oder als Symptom, das in den Symptomenkomplex der dissoziierten affektiven Erlebnisse eingeschlossen wird, zu betrachten.

Trömner verweist auf die Unterschiede der Hypnose bei den Tieren, die er als Katalepsie bezeichnet, und der Hypnose beim Menschen.

An erster Stelle unterscheidet er Katalepsie von der Hypnose dadurch, daß die erste durch einen Strom, während die Hypnose durch Suggestion erzeugt wird.

Die Erfahrung auf Grund unserer Reproduktionspraxis zeigt uns aber, daß hypnotische und hypnoide Zustände bei dem Menschen auch ohne Suggestion erzeugt werden können und gewöhnlich das Ergebnis eines vormals erlebten Affektshocks sind. Auch in anderer Beziehung können wir mit *Trömner* über den von ihm behaupteten wesentlichen Unterschied zwischen Hypnose bei den Tieren und bei dem Menschen nicht übereinstimmen. Nach jeder Reproduktion des erlebten Ereignisses wacht der Hypnotisierte von selbst auf und öffnet auch selbst die Augen, wogegen nach *Trömner* das Selbsterwachen unmöglich ist.

Unsere 10jährige Patientin A., die in tiefe Hypnose bei Reproduktion des Schreckens von dem Hundeüberfall verfiel, vermochte stets selbst zu erwachen und die Augen zu öffnen. Bei Wiederholung, führt *Trömner* aus, wird die Hypnose tiefer; das ist allerdings nicht zu leugnen, vorausgesetzt aber daß die Hypnose durch Suggestion erzeugt wird. Dagegen wird der hypnotische Zustand bei wiederholter Reproduktion immer oberflächlicher und verschwindet zuletzt vollständig, wenn die dissoziierten affektiven Erlebnisse aufgelöst sind.

Zum Schlusse muß also zugegeben werden, daß der Dissoziation vornehmlich solche affektiven Erlebnisse unterliegen, bei denen das Individuum keinen aktiven Ausweg finden konnte. Bei Reproduktion werden nicht nur die dissoziierten und verdrängten Gruppen des affektiven Erlebnisses verbunden und aktiviert, sondern wird mit entsprechender Tiefe auch die passive Einstellung des Individuums, die das Erlebnis begleitete, reproduziert, nämlich in Gestalt von hypnotischen und hypnoiden Zuständen u. dgl.

VI. Der Körperempfindlichkeitszustand bei Reproduktion des affektiven Erlebnisses.

In allen Reproduktionsfällen beobachten wir, daß die Körperempfindlichkeit (Haut, Muskel und viscerales) in verschiedenem Grade vermindert ist oder auch vollständig fehlt, selbstverständlich mit Ausschluß derjenigen körperlichen Empfindungen und Veränderungen, die mit dem reproduzierten Affekt in engster Verbindung stehen. Die letzten sind dabei sogar hyperästhesiert. Eine Patientin aus unserer Praxis macht z. B. Schutzgebärden mit ihrer rechten Hand, währenddem die linke Hand und die unteren Extremitäten wie tot herabfallen. Hautempfindungen fehlen dabei ebenfalls.

Außerdem bestätigt unsere Erfahrung das Vorhandensein eines bestimmten Verhältnisses zwischen dem Zustand körperlicher Empfindlichkeit und dem Bewußtseinszustand. Je mehr nämlich die Körperempfindlichkeit vermindert ist, desto stärker ist auch der Dämmerungszustand des Bewußtseins, resp. desto tiefer ist die Versunkenheit des Individuums in den einst erlebten Affekt.

Bei voller Versunkenheit fehlt, wie gesagt, die Körperempfindlichkeit vollständig, der Patient empfindet weder Stiche noch Kniffe und die Extremitäten fallen beim Heben durch den Arzt wie bei einer Leiche zurück. Beim Trancezustand mit darauffolgender Amnesie beobachtet man stets einen vollen Verlust der Körperempfindlichkeit.

Bei solchen Trancezuständen, wie Somnambulismus u. a. geht manchmal auch der Rapport zur reellen Wirklichkeit verloren.

Nun ist aber die Bedeutung der Körperempfindlichkeit für die Bildung

des primären organischen „Ich“ bekannt¹. Mit anderen Worten, das organische „Ich“ befindet sich bei affektiver Reproduktion im Zustande einer stärkeren oder schwächeren Hemmung. Im Zustand der vollen Hemmung befindet sich das primäre „Ich“ *beim Somnambulismus*, mit darauffolgender Amnesie, währenddem die affektiven Gruppen hyperaktiv sind. Wenn aber das „Ich“ in den aktiven Zustand zurücklangt, der von einer Wiederherstellung der Körperempfindlichkeit und dem Wachzustand des Bewußtseins begleitet ist, geraten umgekehrt die affektiven Gruppen in den Hemmungszustand und das affektive Erlebnis wird vollständig vergessen, da es von dem „Ich“ nunmehr dissoziiert ist.

Folgenderweise können Dissoziation und Hemmung nicht nur die einzelnen Gruppen oder deren Komponenten bei tätiger Funktion des „Ich“ treffen, wie das meistens bei Reproduktion mit erhaltenem Bewußtsein der Fall ist, sondern eine Dissoziation kann auch zwischen affektivem Erlebnis und dem *gehemmten* „Ich“ sich einstellen, wie das z. B. bei Reproduktion eines affektiven Erlebnisses mit verdunkeltem Bewußtsein, mit vollem Verlust der Körperempfindlichkeit und darauffolgender Amnesie der Fall ist. Die letzte steht somit in Abhängigkeit von der Hemmung des „Ich“ oder dem Fehlen der Körperempfindlichkeit.

Der Verlust des Gedächtnisses berührt in solchen Fällen bekanntlich durchaus nicht die Fixierung der Engramme, denn die letzten bleiben dabei erhalten, sondern ist eben auf die Hemmung des organischen „Ichpsychons“ und seine Dissoziation von den Gruppen des affektiven Erlebnisses, wie wir meinen, zurückzuführen. Diese Amnesie wäre also richtiger als Ichamnesie im Unterschied von der perzeptiven Amnesie zu bezeichnen.

Somit zeigt uns die Erfahrung aus der Reproduktionspraxis, daß es ein bestimmtes Verhältnis gibt zwischen drei Faktoren: 1. dem Zustande der Körperempfindlichkeit, d. h. dem organischen „Ichpsychon“; 2. dem Bewußtseinszustand und 3. dem Gedächtnis.

Wenn bei Reproduktion die Körperempfindlichkeit fehlt, ist auch das Bewußtsein verdunkelt und alles in dieser Zeit Erlebte wird im Wachzustand nicht im Gedächtnis behalten. Das affektive Erlebnis kann somit zwischen den verschiedenen Gruppen (1, 2, 3) dissoziiert werden, kann aber auch von dem primären Ichpsychon dissoziiert sein.

¹ Vgl. zu dieser Frage das Nähere in unserer Schrift „Organempfindungen und Bewußtseinsvorgänge“. Jb. Univ. Sofia, Med. Fak. 5 (1926). In deutscher Sprache ist unsere Auffassung der Frage von der Bildung des Ichkomplexes (Ichbewußtseins) in unserer Schrift: „Zur Lehre von den Grundprinzipien der geistigen Vorgänge“ im Arch. f. d. gesamte Psychol. 49, H. 3/4, näher dargestellt.

VII. Klassifizierung der Psychoneurosen nach unserer Reproduktionsmethode.

Bei dissoziiertem affektiven Erlebnis beobachten wir gewöhnlich eine Hyperaktivität der einen oder der anderen Gruppe oder auch einzelner Komponenten irgendeiner Gruppe. Die hyperaktiven Gruppen oder ihre Komponenten stellen dann die Symptome der Psychose vor.

Die Reproduktionsmethode erwies nun, daß:

1. wenn im Bewußtsein des Individuums die organische Gruppe hyperaktiv, aber von den beiden anderen Gruppen dissoziiert ist, die physischen Symptome *der Hysterie* sich bilden;
2. wenn sowohl die organische als die emotionale Gruppe hyperaktiv, jedoch von der dritten Gruppe (Gegenstandsinhalt) dissoziiert sind, bilden sich *neurasthenische Zustände* aus.

So wird z. B. die Angst stets von diesen oder jenen körperlichen Veränderungen und Organempfindungen begleitet; jedoch äußert sich das Gefühl, indem es von den Wahrnehmungen und Vorstellungen, die es einst beim Erlebnis hervorgerufen haben, getrennt bleibt, als unmotiviert und wir haben sodann die *grundlose Angst* (phobia) vor uns. Manchmal wird eine solche Phobie gemäß dem Psychomechanismus der affektiven Wahrnehmung *sekundär* (nachträglich) motiviert, d. h. gedeutet. Der Patient begründet dabei die sekundäre Motivierung entweder durch seine Organempfindungen, und so bilden sich dann bei ihm im folgenden verschiedene Krankheitsphobien, oder er verbindet seine gegenwärtigen Wahrnehmungen mit der krankhaften Angst und es bilden sich dann bei ihm verschiedene Phobien in bezug auf gewisse Gegenstände, Personen, Tiere u. a.

Bei Reproduktionen des affektiven Erlebnisses von Neurasthenikern beobachtet man, daß die organische Gruppe mit der emotionalen sehr rasch verbunden wird, manchmal sogar, besonders wenn der Patient unruhig ist, drängt sich die letzte Gruppe scharf vor oder es werden auch gleichzeitig die beiden Gruppen: die organische und die emotionale Gruppe reproduziert.

3. Wenn im Bewußtsein nur einige Komponenten des Gegenstandsinhalts hyperaktiv sind, die aber mit der emotionalen Gruppe verbunden bleiben, so äußern sie sich als Zwangsvorstellungen.

4. Wenn im Bewußtsein die einen oder die anderen Komponenten der 2. Gruppe hyperaktiv, jedoch von den affektiven Gruppen (1 und 2) dissoziiert sind, so beobachten wir Halluzinationen, Pseudohalluzinationen u. dgl. (d. h. Äußerungen der sog. autochthonen Ideen von *Wernicke*).

5. Wenn das gesamte affektive Erlebnis zur Äußerung kommt, aber von dem Ichbewußtsein dissoziiert bleibt, so erscheint es als Somnambulismus, Trancezustand oder in der Form von verschiedenen Krisen des Dämmerungszustands des Bewußtseins.

6. Wenn der Gegenstandsinhalt von zeitlich und räumlich verschiedenen affektiven Erlebnissen sich nach dem verwandten affektiven Tonus (Angst, Qual usw.) solcher Erlebnisse verbindet, so wird dieser mannigfaltige Inhalt entweder als Traum, oder als Somnambulismus, Trance- resp. Dämmerungszustand des Bewußtseins wiedererlebt.

Wie bereits oben erwähnt, betrachtet der Patient bei Reproduktion der Organgruppe die verschiedenen körperlichen Äußerungen und Gebärden nicht als solche, die von seinem Willen abhängig sind. Er ist zwar dessen bewußt, daß er sich bewegt, daß er etwas bestimmtes tut, weiß aber nicht anzugeben, warum das alles geschieht, denn das vollzieht sich ohne und sogar gegen seinen Willen. Dasselbe beobachtet man, wenn sich im Bewußtsein die dritte Gruppe, oder wie es öfters der Fall ist, ihre einzelnen Komponenten aktiv äußern, die aber von dem entsprechenden Affekt dissoziiert sind. In solchem Falle ist sich der Patient ebenfalls bewußt, daß das von ihm empfundene Zittern, Kälte- und Wärmegefühl, oder die Erscheinung von Halluzinationen und Pseudohalluzinationen, von seinem Willen unabhängig ist und er betrachtet sie als Äußerungen objektiver Ursachen resp. fremder Einflüsse.

Die Patientin A., 42 Jahre alt, drückte bei Reproduktion der ersten Gruppe unter anderen körperlichen Manifestationen, so stark die Hände auf der Brust zusammen, daß es ganz unmöglich war sie auseinanderzuziehen; dabei konnte sich nicht angeben, warum sie das tue. Auf unsere diesbezügliche Frage antwortet sie, daß irgendeine innere Gewalt sie zwingt die Hände zusammenzufalten. Dieser Zustand dauerte einige Minuten, worauf bei ihr Angst und ein unbestimmtes Qualgefühl sich einstellten. Darauf erlebte sie die Flucht aus ihrer Heimatsstadt in Mazedonien zur Zeit des Balkankrieges wieder, als sie von griechischen Soldaten eingeholt und geplündert wurde, die ihr 50 Goldlire, die sie im Busen versteckt hielt, raubten. Bei Verteidigung faltete sie nun, um das Geld zu verbergen, die Hände fest auf ihrer Brust zusammen.

Die Reproduktionsmethode zeigt uns ferner, daß einige Glieder der Empfindungsvorstellungsgruppe auch im gewöhnlichen Bewußtseinszustand aktiviert und als Halluzinationen wiedererlebt werden können. Unser Patient P. R. starrte im normalen Bewußtseinszustand von Zeit zu Zeit ohne jede Ursache einige Augenblicke vor sich hin und auf die Frage, was er sehe, gab er zur Antwort, eine schreckliche Gestalt, mit glattrasiertem Gesicht und zerzausten Haaren stehe vor seinen Augen. Es erwies sich, daß diese Halluzination einen Räuber betraf, mit dem er vor drei Monaten als Polizeisoldat zu kämpfen hatte.

Es sei hier auch der Umstand erwähnt, daß der Gegenstandsinhalt bei Reproduktion des Erlebnisses gewöhnlich zergliedert und allmählich zum Ausdruck kommt: zuerst erscheinen einzelne, offenbar stärkere Eindrücke und man kann sich auf Grund dessen noch gar keine Vorstellung von der gesamten Umgebung resp. von allen Wahrnehmungen,

die bei dem betreffenden aktuellen affektiven Erlebnis beteiligt waren, bilden. So hatte z. B. eine Patientin bei Reproduktion der dritten Gruppe zuerst bloß ein Paar sie anstarrender Augen vor sich, wem aber diese Augen gehören, konnte sie nicht angeben; nach einiger Zeit, erwiesen sich diese Augen, beim Auftreten auch anderer Eindrücke, als diejenigen ihres Kindes, das vor vielen Jahren einer Augenoperation infolge Katarakte unterzogen werden sollte.

Der Trauminhalt erweist sich somit tatsächlich, nach unserer Erfahrung, als eine *Verdichtung* verschiedener Erlebnisinhalte, die nach ihrem emotionalen Einklang verbunden sind. Ein Patient hat z. B. mehrere Male im Leben heftige Angsterlebnisse mit sehr verschiedenem Gegenstandsinhalt gehabt. Einzelne Eindrücke solcher Erlebnisse ergeben später den Inhalt eines Angsttraumes. So träumte z. B. unser Patient B., 35 Jahre alt, Jurist, eine Schule, ein Theater und ein Badehaus, alles in einem Traume verwoben. Es erwies sich nun später bei einer Reproduktion, daß er schon im 15. Lebensjahr in der Schule einen heftigen Schreck wegen einer Schießerei in der nächsten Nähe bekam. In seinem 18. Lebensjahr erlebte er einen Brand im Theater und vor 3 Jahren, als er im Bade war, teilte ihm plötzlich ein Freund mit, die Polizei hat das ganze politische Komplott, an dem er beteiligt war, aufgedeckt. Er war damals in eine revolutionäre Verschwörung verwickelt und bekam einen heftigen Schreck, weil er sein Leben nunmehr nur durch Flucht retten konnte.

Die Reproduktionsmethode klärt uns ferner über den psychologischen Mechanismus der sog. autochtonen Ideen von *Wernicke* auf. Solche werden auf experimentellem Wege bei Reproduktionen nach unserer Methode erzeugt, und werden von den sog. automatischen Aktivitäten vorgestellt. Alle diese psychopathologischen Äußerungen, die bekanntlich bei Hysterie und Schizophrenie sich einstellen, sind auch bei Reproduktionen von dissoziierten affektiven Erlebnissen zeitweilig zu beobachten, d. h. sie wären auf Dissoziation zwischen dem gehemmten emotionalen Element und der ersten, sowie der dritten Gruppe zurückzuführen.

Der Unterschied zwischen den autochtonen und den Zwangsideen besteht nun darin, daß die ersten von dem emotionalen Element (2. Gruppe) dissoziiert, wogegen die zweiten eng mit ihm verbunden sind. Wenn also die zweite Gruppe hyperaktiv, jedoch von dem Gegenstandsinhalt dissoziiert ist, so beteiligt sich die betreffende Emotion mehr oder minder an allen Bewußtseinsvorgängen. Indessen verbleiben die Gefühle der Angst, Qual usw. ohne einen bestimmten Gegenstandsinhalt nicht lange im Bewußtsein und der letzte bildet sich dann sekundär nach dem Mechanismus der affektiven Fixierung, der affektiven Wahrnehmung und dem ambivalenten Mechanismus, oder äußert sich auch durch eine Reihe von Schutzhandlungen (affektive Reaktionen).

Auf diese Weise entstehen hauptsächlich Zwangsvorstellungen.

Das hyperaktive emotionale Element ist an allen Bewußtseinsvorgängen beteiligt: bei dem Vorgang der Motivierung, des Entschlusses und auch beim Wahrnehmungsvorgang. Daraus entsteht eben die eigentümliche Wankelmütigkeit, Unentschlossenheit usw., die für Zwangszustände so bezeichnend ist.

Die bei Hysterie als Symptome auftretenden körperlichen Manifestationen und Organempfindungen sind nun ebenfalls von dem ursächlichen Affekt getrennt und sind isoliert, sowohl von dem entsprechenden emotionalen Tonus, als auch von dem Gegenstandsinhalt des Affekts.

Der Hysterische weint, zittert, lacht, macht verschiedene Gebärden, trotzdem er dabei den Affekt der Qual, der Angst, des Schreckens usw., der mit den betreffenden Äußerungen einst verbunden war, nicht mehr erlebt.

Es möge hier erwähnt sein, daß bei Reproduktion die ausdrucksvollen Bewegungen, wie z. B. Weinen, Zittern, Lachen, verschiedene Gebärden usw., sich bereits beim Auftreten der ersten Gruppe äußern, d. h. zu der Zeit, wenn der emotionale Strom, resp. die Gefühlsreaktion, noch nicht zum Ausdruck gelangt ist. Nichtsdestoweniger verstärken sich diese Bewegungen beim Auftreten der zweiten Gruppe weiter und äußern sich noch intensiver beim Erscheinen der dritten Gruppe.

Bei Schizophrenie, die unseres Erachtens sich von der Hysterie vornehmlich durch den Grad der Dissoziation und der Hemmung in der zweiten, emotionalen Gruppe unterscheidet, berührt dieser Vorgang nicht nur affektive Erlebnisse, sondern umfaßt auch gewöhnliche Erlebnisse. Bei diesem Leiden ist der Dissoziations- und Verdrängungsvorgang viel tiefer, wogegen bei Hysterie er nur oberflächlich bleibt. Die Leitbarkeit (Passierbarkeit) kann hier wiederhergestellt und die Verdrängbarkeit wieder aktiviert werden, was bei der Schizophrenie unmöglich ist.

Der Patient bleibt hier wie dort ruhig, führt aber eine Reihe Handlungen und Gebärden aus, empfindet verschiedene Veränderungen in seinem Innern, eine Menge Gedanken bestürmt ihn, er sieht und hört verschiedenes und es ist ihm unbegreiflich, woher all das komme; wie gesagt, er ist sogar geneigt das sich ihm Aufdrängende äußeren Kräften und fremden Einflüssen zuzuschreiben.

Die weitere Bearbeitung dieser von dem Gefühl dissoziierten Äußerungen, die als von äußeren Mächten und fremden Einflüssen stammende aufgefaßt werden, erklärt uns die Wahnideen bei paranoider Schizophrenie.

Die Erfahrung zeigt, daß ihrem Inhalt nach die erwähnten psychopathologischen Äußerungen Komponente des Gegenstandsinhalts von einem oder mehreren affektiven Erlebnissen sind. Im letzten Falle werden sie nach dem affektiven Tonus, ebenso wie die Träume, verbunden. *D. h. verschiedene Gegenstandsinhalte werden in einer Halluzination oder Pseudohalluzination verflochten und ausgedrückt.*

VIII. Die Heilbedeutung der Reproduktionsmethode.

Unsere Erfahrung erwies, daß durch diese Methode sämtliche Formen der Psychoneurose geheilt werden können, deren Symptome auf dissoziierte affektive Erlebnisse zurückzuführen sind.

Nach einer oder mehreren Reproduktionen ein und desselben affektiven Erlebnisses, wird es regelmäßig aufgelöst.

Die Erfahrung zeigte ferner, daß das Kindesalter für die Dissoziation tatsächlich das günstigste ist; indessen kann die letzte auch in jedem anderen Lebensalter sich vollziehen, was gerade die Praxis mit Heilung der Kriegsneurosen beweist. Manchmal werden schon bei der ersten Sitzung, gewöhnlich aber im Laufe der folgenden Sitzungen bei erwachsenen Patienten affektive Erlebnisse reproduziert, die in ihrem dritten, vierten und fünften Lebensjahr erlebt wurden.

Es muß dabei betont werden, daß kindliche pathogene Erlebnisse, die durch unsere Methode reproduziert wurden, durchaus nicht immer ihrem Inhalte nach sexuellen Ursprungs waren; vielmehr standen solche im Zusammenhang mit erlebter Angst, Schrecken usw.

W. H. R. Rivers führt einen lehrreichen Fall von Klaustrophobie an¹. Es handelte sich um einen englischen Arzt von 31 Jahren, bei dem die Phobie vor geschlossenen Räumen aus den frühesten Kinderjahren stammte. Dreißig Jahre alt wurde er als Militärarzt an die Front beordert; dort verschlimmerte sich aber seine Phobie noch mehr wegen des Umstandes, daß er ständig in Erdgräben und unterirdischen Räumen tätig sein mußte und die geistigen Anstrengungen, die er machte, um sich zu beherrschen, trugen ihrerseits viel dazu bei seine Phobie weiter zu verschlimmern.

Dieser Patient wurde einer Spezialbehandlung unterzogen, um den Ursprung seiner Claustrophobie aufzudecken. Er begab sich zuletzt nach Wien, wo er einer Behandlung durch die psychoanalytische Methode unterzogen wurde. Die Bemühungen des psychoanalytischen Arztes und des Patienten selbst die pathogene Ursache auf dem Sexualgebiete festzustellen verliefen jedoch ergebnislos.

Von Wien kehrte er in die Heimat ungeheilt zurück und begab sich zu *Rivers*. Dieser Arzt lenkte ihn von der Richtung, die ihm in Wien vorgezeigt war, ab und veranlaßte ihn sich der Halbtraumzustände zu erinnern, die dem Traume gewöhnlich nachfolgen, und darin eine Spur resp. Anlaß seiner Phobie nachzusuchen. Allmählich konnte sich der Patient verschiedener affektiver Erlebnisse in seinem Leben wieder erinnern und schließlich tauchte in seinem Gedächtnis folgende Erinnerung auf: Vier Jahre alt wurde er einmal zufällig in einem engen und dunklen Korridor eingeschlossen, wo ihn hinterher noch ein Hund in der Dunkelheit überfiel; das Kind war dabei gegen die Wut des Hundes ganz hilflos,

¹ *Rivers, W. H. R.*: Instinct and the unconscious. Cambridge University Press 1922.

da die Tür verschlossen war und es keinen anderen Ausweg gab. Dieses Erlebnis hatte damals bei dem Kinde ein unbeschreibliches Entsetzen hervorgerufen. Bei Reproduktion des Ereignisses, bemerkt *Rivers*, wurde nun von neuem das Entsetzen mit aller Intensität hervorgerufen, welches das Kind damals beherrschte. Der Eindruck davon war übrigens damals so stark, daß wie der Patient sich nun erinnern konnte, er stets als Kind die größte Angst davor hatte das betreffende Haus zu passieren und immer auf die entgegengesetzte Straßenseite auswich, wenn er an dem Hause unbedingt vorbeigehen mußte.

Nach Reproduktion des erwähnten Ereignisses verschwand die Claustrophobie bei dem Patienten vollständig.

Dieser Fall zeigt uns besonders deutlich, daß die Autoreproduktion, die der Patient ausführte, eine Auflösung des dissoziierten affektiven Erlebnisses herbeiführte, das weitab im 4jährigen Lebensalter sich ereignet hat.

Bei Anwendung der Reproduktionsmethode in unserer Praxis hatten wir es mit zahlreichen derartigen Fällen zu tun gehabt und wir wollen hier in diesem Zusammenhang noch einmal erwähnen, daß traumatische Erlebnisse aus dem Kindesalter schon bei den ersten Sitzungen und manchmal sogar bei der ersten Sitzung reproduziert wurden. So reproduzierte z. B. eine Patientin im 30. Lebensjahr bei der ersten Sitzung ein Ereignis, das sie als 6jähriges Kind erlebt hatte; ein erwachsener Mann hatte sie damals zwecks Vergewaltigung überfallen, sie schrie laut auf, der Unhold floh und ließ sie am ganzen Körper zitternd im Stich. Dieselbe Patientin reproduzierte bereits bei der dritten Sitzung mit Zittern, Schweratmen, Zusammenballen der Hände, Weinen und Äußerung der größten Seelenqual die Trennung von der Familie, als die Eltern sie als Pflegekind in eine fremde Familie vergaben. Den Gegenstandsinhalt dieses Erlebnisses reproduzierte sie halluzinatorisch sehr deutlich, sah ihr Brüderlein und Schwesterchen vor sich, weinte in Angesicht der Trennung usw. Nach einigen Reproduktionen ist sie geheilt entlassen worden.

Ein anderer Patient, 29 Jahre alt, reproduzierte bei einer Vorlesungsdemonstration mit Entsetzen den Überfall seines kleinen Bruders von einem Bullen, der ihn mit den Hörnern auffing, ein Ereignis, das er im 6. Lebensjahr erlebt hatte. Als nun der Patient bei Reproduktion gerade die dritte Gruppe zu reproduzieren anfang, schrie er mit Entsetzen laut auf: „Blut!“ ... Was gibt es denn? war die Frage unsererseits. Der Bulle hebt den Kleinen auf die Hörner, wirft ihn auf die Erde und stößt ihn mit den Hörnern! — war die Antwort. Bereits nach der 8. Reproduktion verschwanden sämtliche Symptome des verdrängten Komplexes bei diesem Patienten.

Die Patientin Sch., eine Dienstmagd, 21 Jahre, reproduzierte bereits bei der ersten Sitzung folgende Erlebnisse: den Tod ihrer Mutter im

7. Lebensjahr, als ihr Vater im Kriege stand; das Wiedersehen mit ihm nach dem Tode der Mutter und die Trennung von ihrer kleinen Schwester, die als Pflegekind in einem anderen Dorfe untergebracht wurde.

Ein 22-jähriger Soldat, der schon seit Kinderjahren an nächtlichem Somnambulismus litt, reproduzierte bereits zum ersten Mal den Schrecken von einem Brand, der nachts im Hause ausbrach, wo der Patient als kleines Kind wohnte. Der Schrecken wurde noch verstärkt dadurch, daß in derselben Nacht die Decke des Zimmers, in dem der Kleine schlief, einstürzte. Nach fünf Reproduktionen verschwand auch in diesem Falle der Somnambulismus vollkommen.

Der Fall von *Rivers* und unsere Fälle beweisen jedenfalls, daß die Grundauffassung der psychoanalytischen Forschung, die bloß in der Richtung sexueller Erlebnisse pathogene Ursachen der Psychoneurosen aufdecken will, irrtümlich ist und in vielen Fällen es sogar verhindert die wirklichen pathogenen Erlebnisse festzustellen.

Andererseits beweist unsere Erfahrung, daß zahlreiche Psychoneurotiker bereits nach 2—3 Reproduktionen eine Erleichterung finden, ohne daß es zu einer Reproduktion von infantilen affektiven Erlebnissen kommt.

Nach Liquidierung (Auflösung) pathogener Affekte, unterliegt das Individuum der Hypnose nicht mehr, verfällt auch nicht in hypnoiden Zustand, ist auch nicht mehr zu suggerieren und seine normale geistige Aktivität wird allmählich wiederhergestellt. Damit verschwinden selbstverständlich auch alle pathologischen physischen und psychischen Symptome, wie spontaner Somnambulismus oder Trancezustand.

Unseres Erachtens ist das auf Verschwinden der *passiven Einstellung* zurückzuführen, die das affektive Erlebnis einst begleitete und die im folgenden lange Zeit hindurch, sowohl im gewöhnlichen Zustand, als auch besonders deutlich bei Reproduktion sich äußerte.

Somit ist die Aufgabe der Behandlung: 1. die dissoziierten Gruppen des affektiven Komplexes wieder zu verbinden und 2. den letzten aufzulösen, d. h. das reproduzierte affektive Erlebnis in eine Synthese zur Persönlichkeit des Patienten zu bringen.

Bei Hysterie mit körperlichen Symptomen liegt die Aufgabe der Behandlung darin, die aktive organische Gruppe mit der gehemmten (verdrängten) zweiten und dritten Gruppe zu verbinden.

Diese Verbindung wird nach unserer Erfahrung erreicht: 1. infolge Zurückhaltung (Hemmung) der aktiven Gruppe und der darauffolgenden Stimulierung der zweiten und dann auch der dritten Gruppe und 2. infolge der den pathogenen affektiven Erlebnissen eigentümlichen *passiven Einstellung* des Individuums, die die Äußerung von aktiven Komponenten sehr begünstigt.

Ein lehrreicher Fall aus unserer Praxis erläutert das eben Ausgeführte besonders überzeugend. Der Patient, J. S., jüdischer Nationalität,

klagt, daß er alles konsumierte sofort wieder zurückgeben muß. Weder Nahrung, noch Arzneien vermag er mehr als 2 Minuten im Magen zu behalten, und hat infolgedessen in der letzten Zeit 18 kg Körpergewicht verloren. Eine genaue Untersuchung des Patienten hinsichtlich etwaiger organischer Leiden, die Analyse des Urins, des Magensaftes, Röntgenbestrahlung usw. fielen negativ aus. Das Erbrechen begann nach einem heftigen affektiven Erlebnis vor 1½ Monaten. Sein Bruder machte damals einen Versuch sich zu vergiften; er verschluckte das Gift und begann darauf heftig zu erbrechen. Der Patient war unmittelbarer Zeuge des ganzen Ereignisses: er hatte den Abschiedsbrief seines geliebten Bruders gelesen, sah ihn in den Innenraum des Büro eintreten, wie der Vater darauf hinterher stürmte und mit dem Sohn kämpfte um ihm das Gift aus dem Munde zu reißen, sah deutlich das heftige Erbrechen, begleitete auch den Bruder bis ins Krankenhaus, wo es mit Mühe gelang ihn von dem unabwendbaren Tode zu retten usw.

Bei Reproduktion begann der Patient sofort, ohne daß er auf irgendwelche Vorstellung von den früher erlebten Affekten fixiert worden wäre, nach der oben beschriebenen Reihenfolge, eine Anzahl sehr bezeichnender körperlicher Manifestationen zum Ausdruck zu bringen, wie Leibwindungen, Krämpfe, das Gesicht bekam den Ausdruck einer heftigen Qual, die dann auch im bewußten Gefühl der seelischen Qual sich äußerte, und nach einigen Minuten reproduzierte er das ganze Ereignis, so wie es erlebt wurde: er liest den Abschiedsbrief, sieht den Kampf des Vaters mit dem Bruder beim Verschlucken des Giftes, das Erbrechen des Giftes und im selben Augenblick begann auch der Patient heftig zu erbrechen. Nach Reproduktion des Erlebten konnte sich der Patient an nichts mehr von dem eben Wiedererlebten erinnern. Indessen vermochte er im normalen Bewußtseinszustand sich an das erlebte Ereignis bruchstückweise zu erinnern und erzählte es ganz ruhig und apathisch.

Es ist bemerkenswert, daß er im normalen Zustand nicht nur nach Einnahme irgendwelcher Nahrung stets erbrechen mußte, sondern auch dann Brechbewegungen ausführte, wenn wir ihn veranlaßten sich vorzustellen, er nehme irgendwelche Nahrung zu sich. So deuteten wir ihm an, er solle sich vorstellen, daß er ein Glas Milch trinke. Sofort kamen bei ihm Brechbewegungen zum Vorschein, und der Patient erbrach auch tatsächlich einige Male bei dieser Mahnung.

Nach mehreren Reproduktionen des erwähnten und noch anderer vorhergehender affektiven Erlebnisse, konnte der Patient wieder Nahrung ohne Erbrechen zu sich nehmen, nahm auch ungefähr 15 kg Körpergewicht zu, und zwar innerhalb zweier Monate, und konnte darauf weiteren Reproduktionen nicht mehr unterzogen werden.

Die Krisen im Verlaufe der Krankheit repräsentieren unseres Erachtens dieselbe oben näher geschilderte Tendenz der Psyche zur Verbindung

der verschiedenen Gruppen des Erlebnisses, indessen kommt eine solche wegen relativer Aktivität des Individuums und der sie begleitenden Ablenkbarkeit von seiten äußerer Eindrücke nicht zustande. Somit sind sowohl die Symptome der Psychoneurose, als auch die Krisen, *reaktive Äußerungen*, wie etwa die hohe Temperatur bei Infektionserkrankungen.

Nach Reproduktion der verdrängten zweiten Gruppe wird bei Hysterie die Emotion im Bewußtsein aktiv und zwar unserer Erfahrung nach öfters schon während des Liquidationsvorgangs, der manchmal mehrere Tage dauert. Mit anderen Worten, der Hysterische wird für eine gewisse Zeit nach der Reproduktion zum Neurastheniker, da nun die beiden Gruppen, die erste und die zweite aktiv werden. Dieser Zustand dauert aber nur so lange bis der affektive Komplex vollständig aufgelöst ist.

Die Aufgabe bei Behandlung neurasthenischer Zustände, bei denen, wie erwähnt, die erste und zweite Gruppe aktiv sind, besteht nun darin, die beiden mit der dritten Gruppe zu verbinden. Nach Herstellung dieser Verbindung, die, nebenbei bemerkt, sehr leicht nach unserer Methode zu erreichen ist, hört bei Neurasthenikern das ständige Quälen durch eine unbegründete Angst auf. Eine solche unbegründete Angst oder innere Qual wird dann für den Patienten zum motivierten Erlebnis in der Vergangenheit, das für ihn nur eine lebensgeschichtliche Bedeutung hat. In derselben Weise verschwinden auch Zwangsvorstellungen und Phobien, die sekundär nach dem Mechanismus der affektiven Wahrnehmung sich gebildet haben.

Die Patientin M. S., eine Lehrerin, 26 Jahre alt, klagt über allgemeine Schwäche, Kopfschwindel und Abmagerung. Ihre Stimmung ist stets ängstlich, immer fürchtet sie sich vor etwas, was sie aber nicht näher bestimmen kann. Bei besonders starken Angstanfällen hat sie Herzklopfen und Atemnot; ihre Füße schwanken und sie fühlt Schauer im ganzen Körper. Die Stimmung ist im allgemeinen düster, besonders gegen Abend. Der Appetit ist vermindert. Nachts springt sie manchmal im Traume vom Bett auf und setzt sich nieder, ohne daß sie dabei zu sich kommen kann. Die Störung datiert vom Kindesalter an; damals wurde ihr Vater, den man morden wollte, überfallen und sie war Zeugin des Ereignisses. Zuletzt hat sie während des Kommunistaufstandes im Jahre 1923 besonders erschütternde Szenen erlebt.

In den inneren Organen ist nichts Krankhaftes festzustellen. Das Nervensystem weist aber gewisse funktionelle Störungen auf.

Die Patientin beschreibt selbst in folgender Weise die Reproduktion, der sie unterzogen wurde: „Ich legte mich auf den Divan und der Arzt schloß mir die Augen. Bald darauf fühlte ich wie mein Puls sehr stark schlägt, das Atmen wurde schwer und ich fühlte mich ganz schwach. Der ganze Körper wurde wie erstarrt. Eine unbeschreibliche Angst ergriff mich. Dabei begann ein Finger an meiner rechten Hand sich unwillkürlich zu bewegen. Ich hatte gar keine Gedanken und auch keine Erinnerung fiel mir ein. Auf die Frage des Arztes, was ich fühle, antwortete ich bloß: „Angst“. Dieser Zustand dauerte fort; ich konnte immer noch keinen Gedanken fassen und es fiel mir plötzlich ein, daß ich von Sinnen werde und sterben muß. Die Qual wurde unausstehlich; ich wollte mich von dem schrecklichen Alpdruck befreien, wollte die Augen öffnen, aufspringen, sogar den neben mir stehenden Arzt wegstoßen. Äußerst erschrocken suchte ich Hilfe und

fragte, ob der Arzt bei mir sei. Bei der bejahenden Antwort seinerseits beruhigte ich mich ein wenig. Der Arzt fragte mich wieder, ob ich mich an etwas erinnern könne. Plötzlich tauchten in meinem Gedächtnis die Namen meines getöteten Mannes und Vaters, einer nach dem andern auf und ich sprach sie laut aus (ohne dabei etwas zu fühlen). Als aber der Arzt langsam und mit Nachdruck diese Namen wiederholte, fühlte ich als ob ich tief versinke und empfand eine heftige Angst vor dem mich ergreifenden Erstarren, wollte plötzlich weinen; meine Hände wurden von selbst zum Kopfe hingezogen (bei dem Morde der beiden Lieben riß ich die Haare vor Verzweiflung) und nun stürmte in meinen Kopf die schreckliche Erinnerung, die ich immer von mir jagte und auch jetzt versuchte von mir zu weisen. Ich fürchtete mich von dem Unbekannten, das, wie ich fühlte, aus der Finsternis nun über mich stürmen werde.

Das dauerte immer weiter, die Finsternis wurde immer dichter und qualvoller. In diesem Augenblick fragte mich der Arzt: „War es damals auch dunkel?“ . . . Plötzlich fühlte ich mich in den Keller wieder versetzt, wo der Mord stattfand, ja dort war es tatsächlich dunkel.

Erinnerungen stürmten nun mächtig auf mich ein, die einen blasser, die anderen stärker und alle verschwanden ebenso rasch wie sie entstanden waren. Da sah ich plötzlich meinen Mann in der Kellerecke stehen. Ich suchte krampfhaft mich des Weiteren zu erinnern, aber auch diese Vision verschwand. Nun erblickte ich meinen Vater sterbend auf den Stufen in den Armen meiner Mutter liegen, sah aus seinem vom Schusse zerschmetterten Kopf das Gehirn fließen, es war entsetzlich! . . . In diesem Augenblick bemerkte ich meinen Bruder, rief ihn herbei, aber er verschwand auch, um nun dem Allerschrecklichsten Platz zu machen. Es sagte jemand dicht bei mir: „Ein Schuß ist gefallen, Theodor ist erschossen!“ und ich wiederholte unwillkürlich diese Worte. Alles andere fiel weg, ich gab mich nur dieser einzigen Erinnerung hin, die ich in äußerster Sinnespannung deutlich empfand und noch vollständiger zu fassen suchte. Das Entsetzen stieg immer höher in mir auf, außer mir von Qual wurde ich von Krämpfen ergriffen. Es schien mir, daß diese Qual kein Ende nehmen wird, wenn nicht die beruhigenden Worte des Arztes mich in die Wirklichkeit wieder versetzt hätten. Die Erinnerungen verschwanden plötzlich und ich beruhigte mich sehr rasch. Als ich aufgestanden war, fühlte ich mich frisch und wie erleichtert. Der Kopf schmerzte mir nicht mehr. Aber 2 Tage lang blieb ich unter dem Eindruck des Erlebten. Die innere unbegreifliche Qual, die mich früher marterte, wurde nun bestimmt eine solche, die bezug auf die teuren Ermordeten hatte. Trotzdem fühlte ich mich nun frischer, wohler und besser gestimmt, wie niemals zuvor. Wegen der krankhaften Angst jedoch, allein im Hause oder auf der Straße zu bleiben, wurde ich wieder schwankend. Der Kopf war mir nun weniger benommen, ich wurde aber zerstreut und oft wurden meine Gedanken, die ich nicht recht zusammenfassen konnte, unterbrochen.

Derjenige Zustand, der mich seit 2 Jahren beherrschte, mir eine heftige Angst einfloß und den ich mir niemals erklären konnte (Ohnmachtsgefühl, Herzklopfen, Atemnot, Befürchtungen wahnsinnig zu werden, zu sterben u. a.), wurde mir nun ganz klar, und wenn ich jetzt derartige Anfälle bekomme, bin ich fähig, solche Zustände selbst zu beobachten und zu studieren. Das ist also nichts anderes als jene unbestimmte Angst, die mich während der Behandlung beim Arzt vor dem Überwältigen durch Erinnerungen ergreift und die manchmal ohne Beimischung von Gefühl, manchmal aber von Qualen begleitet auftritt.

Bei der zweiten Reproduktion war das erste Gefühl, das mich ergriff als ich auf das Kanapee mich hinlegte, das der Schwäche, ja der Ohnmacht, wie nach einem eben erlebten Sturm; ferner setzte Schauer in den Händen ein, der dann auf den ganzen Körper sich verbreitete. Eine deutliche Erinnerung kam dabei nicht auf. Nach einiger Zeit tauchte aber doch eine andere Erinnerung auf,

nämlich an die Haussuchung, die bei mir nach dem Morde vorgenommen wurde. Ich sah deutlich den Polizeioffizier sowie meinen Bruder vor mir stehen und konnte mich auch aller Einzelheiten wieder erinnern, aber das alles glitt ganz blaß an mir vorbei, ohne ein besonderes Erleben oder Gefühl in mir hervorzurufen. Darauf fühlte ich deutlich eine Lähmung in meiner rechten Hand, ein Frostgefühl ergriff mich und meine Zähne klapperten unwillkürlich. Nun tauchte die Erinnerung an eine Überschwemmung in mir auf, die ich in meiner Kindheit erlebt habe, wobei ich dieselben Empfindungen hatte. Auch dieses Ereignisses konnte ich mich deutlich erinnern, erlebte es aber viel blasser als einst in der Wirklichkeit.

Bei der dritten Sitzung empfand ich zuerst ein Zittern im ganzen Leibe und Zähneklappern. Das dauerte eine Zeitlang und das Zittern wurde bald stärker, bald schwächer. Darauf sah ich eine Menge junger Leute wie zum Feste versammelt, in schlanken Reihen mit flatternden Fähnchen aufgestellt vor mir stehen und sofort ergriff mich bei diesem Anblick ein Gefühl des Entsetzens. Die Erinnerung an etwas Bestimmtes blieb aber noch immer aus, ich fühlte aber ganz sicher, daß dieses Vorkommnis weit zurückliegt und etwa in der Vorschulzeit meiner Kindheit sich ereignet hat; ganz dunkel erinnerte ich mich dann, daß ich damals ein kleines Kind war und daß man mich zu einem jugendlichen Sportfest gebracht hat. Ich fühlte auch, daß etwas Schreckliches kommen werde und mir graute es noch mehr. Indessen blieb die Erinnerung doch unklar. Einige Stunden darauf wurde mir wieder ängstlich zumute und ich wurde beinahe ohnmächtig vor Angst bei den Worten „Sportsmänner“ und „Fähnchen“, die plötzlich vor mir auftauchten, trotzdem ich zur Zeit im 26. Lebensjahre stehe.

Ich konnte mich nun auch daran erinnern, daß jedesmal, wenn ich Sportspiele sah, eine unbestimmte Angst mich ergriff.“

Bei der nächsten Reproduktion konnte die Patientin den starken Schrecken reproduzieren, den sie als 5jähriges Kind von einem mächtigen Bullen, der plötzlich ihr begegnete, davonzug, und zwar gerade bei den oben erwähnten Umständen, d. i. Sportspiele, junge Leute und flatternde Fähnchen umher.

Nach neun Sitzungen wurde die Patientin vollkommen hergestellt und auch in den folgenden Monaten nach der Behandlung blieb ihr Zustand fortwährend gut.

Bei dem Vorgang der Komplexauflösung, der öfters nach der ersten Reproduktion noch fort dauert, fühlen die Patienten auch im weiteren Angst, Qual, Unruhe u. a., jedoch verbinden sich diese Gefühle sofort mit dem respektiven Gegenstandsinhalt. Das gibt auch unsere Patientin in ihrer oben angeführten Beschreibung ihres eigenen Zustands nach der ersten Reproduktion ausdrücklich zu (vgl. oben S. 403, zweiter Absatz von unten).

Die Aufgabe der Behandlung von Somnambulen und Trancezuständen besteht dagegen darin, das affektive Erlebnis mit dem „Ich“ zu verbinden, da, wie wir oben ausführten, eine Dissoziation bei solchen Zuständen zwischen dem „Ich“ und dem affektiven Komplex besteht. Eine solche Verbindung wird gewöhnlich nach mehreren Reproduktionen von selbst erreicht, worauf die erlebten traumatischen Ereignisse auch während des normalen Bewußtseinszustands dauernd im Gedächtnis

verbleiben. Darauf verschwindet gewöhnlich der Somnambulismus, sowie die Neigung zur Hypnose, zusammen mit allen Symptomen der Psychoneurose.

Der folgende Fall eines Somnambulismus (Trancezustand) möge als Belegmaterial für die obigen Ausführungen dienen.

Die Patientin G. J., ein Dienstmädchen, 18 Jahre alt, stand bereits als Kind im Schlafe auf, ging aus dem Hause, ergriff manchmal dabei die Eimer und begab sich damit zum Brunnen Wasser zu schöpfen, kehrte darauf ruhig nach Hause zurück und legte sich wieder ins Bett. In anderen Fällen entfernte sie sich noch weiter vom Hause, durchwatete den kleinen Fluß in der Nähe und kam erst dabei wieder zu sich, oder erwachte dann, wenn sie zu Hause nach einem langen Umherirren wieder zurückgekehrt war.

Von allen ihren in solchem Zustand begangenen Handlungen konnte sie sich im normalen Bewußtseinszustand an nichts davon erinnern. In späteren Jahren, als Dienstmagd angestellt, verfiel sie öfters in derartige Dämmerungszustände des Bewußtseins. Einmal erwachte sie auf dem Bette ihrer Herrschaften; ein anderes Mal, als ihr befohlen wurde in einem Zimmer mit dem Kinde ihrer Herrschaften zu schlafen, erwachte sie plötzlich mitten in der Nacht auf dem Hofe, auf den kalten Steinfließen liegend. Ihre Herrin erzählte uns, daß das Mädchen öfters eine Zeitlang stumm vor sich hinstarre, daß sie ihre Fragen nicht beantwortete, nicht einmal verstehe, was man zu ihr spreche, und während solcher Zustände auch ihre Weisungen nicht ausführe.

Im gewöhnlichen Bewußtseinszustand war sie sonst gesprächig, fand sich in allen Hausangelegenheiten gut zurecht und zeigte eine für ihr Alter und Herkommen ziemlich hohe Intelligenz. Abgesehen von der Verdunkelung des Bewußtseins, die sich während des Tages als kurzdauernde Träumerei äußerte, wobei sie einzelne Worte und Sätze vor sich hinsprach, und von dem nächtlichen Somnambulismus, als Fuga, äußerte sie keine anderen Störungen des Seelenlebens. Bei Prüfung ihres Nervensystems konnten hysterische Stigmata festgestellt werden. Die Patientin wurde einer Reproduktion unterzogen.

In die übliche liegende Stellung mit verschlossenen Augen gebracht, begann sie nach 3—4 Minuten zusammenzufahren, zu zittern, schwer zu atmen, ohne jede weitere Intervention unsererseits, mit Ausnahme des üblichen Auflegens der Hand auf die Stirn und die geschlossenen Augenlider. Nachdem die Patientin die resp. körperlichen Symptome deutlich zeitigte, erkundigten wir uns bei ihr, was sie in ihrem Körper empfinde. Antwort: „Es ist mir sehr kalt, ich friere.“ Frage: „Wie ist Ihnen zu Mute, sind Sie ruhig, oder nicht?“ Antwort: „Jawohl, ich fühle mich ganz ruhig, ich zittere bloß und es ist mir so merkwürdig kalt.“ Nach weiteren 2—3 Minuten zeigte sie deutlich Angst.

Das Zittern verstärkte sich, sie fing an noch krampfhafter zusammenzufahren, und auf ihrem Gesicht malte sich deutlich heftige Angst aus. Auf die Frage, wovor sie sich fürchte, antwortete sie, sie wisse es selbst nicht. „An welche Umstände erinnert Sie diese Angst?“, war die weitere Frage. „Es fällt mir nichts ein, ich kann auch an nichts denken, empfinde aber immerfort eine grenzenlose Angst“. Nach einigen Minuten beruhigte sie sich wieder. — Was empfinden Sie nun im Körper? — Nichts mehr. — Sind Sie jetzt ruhig? — Ja, vollkommen. — Empfinden Sie immer noch Kühle und Schauer? — Nein, jetzt fühle ich nichts mehr. — Nach weiteren 2—3 Minuten stellten sich aber die betreffenden körperlichen Symptome wieder ein und das Angstgefühl äußerte sich von neuem. Mehrere Male nacheinander beruhigte sie sich und dann kamen dieselben körperlichen Manifestationen und Gefühle wieder zum Ausdruck. Als zuletzt die ersten ihren höchsten Grad erreichten und auch das Angstgefühl immer mehr zunahm, vernahmen wir bei der Patientin ein stilles vor sich hin Sprechen. Auf die Frage, was Sie sagen wolle, wurde die Patientin noch aufgeregter, ihre Stimme wurde lauter, als ob sie etwas Schreckliches sehe, sie rang verzweifelt die Hände und rief endlich laut aus: „Oh, du lieber Gott, Vater hat Mutti getötet! Er bindet ihr die Hände fest zusammen und stampft ihr mit den Füßen auf die Brust!“ Nun entrissen sich ihren Lippen Schreie, Stöhnen, Schluchzen und sie benahm sich so, als ob sie das Bild der Tortur, die ihr Vater der Mutter gegenüber ausübte, gegenwärtig vor sich habe. Auf die Frage, wo sie sich befinde, gab sie zurück, „zu Hause, in meinem Dorf“. — Wann hat sich das zugetragen? — Als ich Schülerin in der Quarta war. — War das morgens oder abends vorgefallen? — Als wir alle ruhig schliefen vernahm ich plötzlich die grellende Stimme meiner Mutter und sprang vom Bette. Vater fesselte ihr die Hände mit einem Strick, schlug sie, warf sie zu Boden nieder und strampelte mit den Füßen ihr auf der Brust herum.“

Darauf trat bei der Patientin eine Beruhigung ein. Wir ließen sie die Augen öffnen und aufstehen. Anfangs vermochte sie sich gar nicht an das eben Erlebte zu erinnern. Nach einigem Nachdenken meinte sie, sie habe eben davon geträumt, wie ihr Vater die Mutter schlage und sie mit einem Strick fessele; sie habe dasjenige geträumt, was sie gut wisse und sich erinnere, daß es geschehen sei, als sie Quartanerin in der Dorfschule war. Und darauf konnte sie ziemlich ausführlich das eben reproduzierte Ereignis wiedererzählen.

Nach weiteren fünf Reproduktionen wurde die Patientin wiederhergestellt. In den nach der Behandlung folgenden Monaten ist Nachwandeln kein einziges Mal bei ihr wieder aufgetreten.

Unsere Heilmethode scheint also der psychokatatartischen und der der freien Assoziationen am nächsten verwandt zu sein. Bei allen diesen

Methoden handelt es sich um Reproduktion affektiver Erlebnisse, die sich sozusagen explosiv und mit „dramatischer Lebhaftigkeit“ vollzieht, d. h. es werden von neuem und aktuell in einzelnen „Aufzügen“, mit großer Intensität und wahrheitstreu die traumatischen Ereignisse dargestellt. Indessen wird das bei den anderen Methoden entweder: 1. durch Hervorrufung einer tieferen oder leichteren Hypnose bei dem Patienten erreicht, oder 2. durch Fixierung des Patienten auf den Gegenstandsinhalt des traumatischen Erlebnisses, der somit dem Arzt im voraus bekannt sein muß, was bekanntlich seine großen Schwierigkeiten hat.

Nach unserer Methode erfolgt die Reproduktion dagegen: 1. ohne Hypnose und 2. durch Fixierung bloß auf körperliche Manifestationen, resp. physiologische Veränderungen überhaupt, oder auch, was sogar öfters der Fall ist, *ohne jede vorherige Fixierung auf solche*. Die Vorteile dieser Methode scheinen uns zweifellos zu sein, denn es werden hier:

1. Die Unbequemlichkeiten und Mängel der Hypnosemittel vermieden, die den Arzt sehr oft bei dem Patienten bloßstellen.

Es ist nicht zu leugnen, daß wenn etwa der Arzt versucht den Patienten durch verschiedene Suggestionsmittel zum hypnotischen Einschlafen zu bringen und der Patient trotzdem nicht einschläft, oder wenigstens den betreffenden Zustand nicht als Schlaf auffaßt, der Arzt dadurch in eine höchst prekäre Lage kommt.

„Eine der Hauptursachen die Hypnose beiseite zu lassen und der Grund des Verklingens ihres ehemaligen Ruhms war eben die Bloßstellung des Arztes bei ihrer Anwendung, die aber zum Teil auf die übertriebenen Lehren und Hoffnungen von der Bedeutung der Hypnose bei *Bernheim* und seiner Schule zurückzuführen ist“, meint *Janet* mit Recht.

Eine solche Bloßstellung kommt nun bei unserer Methode gar nicht in Betracht und der Arzt riskiert hier absolut nichts, wenn er den Patienten sich hinlegen und die Augen schließen läßt und darauf an ihn die Frage richtet, was er in seinem Körper empfinde, denn die Patienten fassen das alles als medizinische Hantierungen zwecks Feststellung und Erforschung ihrer Krankheit auf.

2. Der weitere Vorteil dieser Methode liegt darin, daß eine Feststellung der Anamnese überflüssig und eine solche bei Reproduktion der traumatischen Komplexe selbst gesammelt wird. Auf diese Weise werden lediglich dissoziierte affektive Erlebnisse reproduziert.

3. Die affektiven Gegenstandsinhalte, die man bei Anwendung der freien Assoziationsmethode ins Bewußtsein rufen will, können evtl. vergessen worden und die erzählten nicht pathogen sein, ein Mangel der bei unserer Reproduktionsmethode vollständig wegfällt.

4. Es werden die negativen Folgen von Suggestion und Beeinflussung vermieden. Mit Recht meint diesbezüglich *Kretschmer*, daß nach einer Abreagierung der Komplexe im hypnotischen Zustand zwar eine dauernde

Beruhigung und sogar Besserung im Zustande des Patienten eintreten kann. Es ist aber schwer zu sagen, meint derselbe Verfasser weiter, ob diese Besserung in einem oder dem anderen Fall auf die Reproduktion selbst oder aber auf die (zeitweilige!) Wirkung der Hypnose zurückzuführen ist.

Nach unserer Methode verfahrend, weiß dagegen weder der Arzt, noch der Patient, was reproduziert wird, d. h. es wird jede unerwünschte Beeinflussung ganz und gar vermieden. Bei Reproduktion des Affektes unterliegt der Patient, wie oben erwähnt, keiner Hypnose oder Beeinflussung mehr.

5. Es wird der Widerstand des Patienten, mit dem der Arzt bei anderen psychokatatistischen Methoden schwer zu kämpfen hat, beseitigt, da der erste keine Ahnung davon hat, welchen Zusammenhang diese oder jenen körperlichen Veränderungen und Organempfindungen, die bei ihm auftreten, mit einem bestimmten affektiven Erlebnis haben, wogegen bei der alten psychokatatistischen Methode und der der „freien Assoziationen“ der Patient stets einen Widerstand aufweist resp. dadurch abgelenkt wird, und infolgedessen öfters das Erlebnis zu reproduzieren nicht wünscht oder auch nicht kann.

6. Die Reproduktionsmethode kann auch zur Feststellung einer Differenzialdiagnose, resp. zur Unterscheidung zwischen epileptischem und hysterischem Dämmerungszustand des Bewußtseins, zwischen einem epileptischen und einem hysterischen Anfall dienen.

In unserer Praxis sind zahlreiche Fälle vorgekommen, bei denen hysterische Anfälle oder Trancezustände für epileptische gehalten und als solche behandelt wurden; nach Anwendung der Reproduktionsmethode erwiesen sie sich aber als echte psychogene Erkrankungen, gewöhnlich schwere Affekte, die von einem Verlust des Bewußtseins begleitet worden waren.

7. Bei unserer Methode ist die Zergliederung des Erlebnisses in einzelne Gruppen sehr gut zu beobachten, was ein interessantes Licht über verschiedene Vorgänge des normalen und pathologischen Seelenlebens wirft.

8. Die Methode besitzt die Eigenschaft eines Versuchs; sie ist vollkommen objektiv und für den Arzt von durchaus praktischer Bedeutung; der ziemliche Zeitverlust dabei wird aber durch die erzielten sehr günstigen Heilergebnisse reichlich aufgewogen.

Tatsächlich gibt uns die Reproduktion eines erlebten Affekts in der von uns beschriebenen Art und Weise auch die Möglichkeit denselben physiologisch-experimentell zu erforschen: etwa in bezug auf den Zuckergehalt im Blut und Urin, oder auch andere Veränderungen im Urin und Blute, evtl. auch den Blutdruck bei dem reproduzierten Erlebnis festzustellen. Die Methode ist durchaus objektiv ihrem Wesen nach,

duldet keine willkürlichen Deutungen und stützt sich auf keine vor-eingenommene Symbolik, wie das bei der freien Assoziationsmethode der Fall ist.

Aus dem oben Ausgeführten folgt, wie es uns scheinen will, auch der Vorteil unserer Methode, gegenüber der *Suggestionsbehandlung* von Psychoneurosen, sei es im gewöhnlichen Zustand, sei es in Hypnose. Währenddem bei unserer Reproduktionsmethode und auch der von *Freud* die passive Einstellung mit allen ihren Äußerungen, wie hypnoider Zustand, Beeinflußbarkeit, Neigung zur passiven Unterordnung, zum Automatismus usw. verschwindet, werden diese Erscheinungen bei der Suggestionsmethode verstärkt, was besonders bei hypnoider Suggestion der Fall ist. Und währenddem ferner der Patient nach der erfolgten Reproduktion aktiver wird, d. h. seine persönliche Aktivität und Sicherheit zunehmen, wird bei der Suggestionsmethode umgekehrt die Aktivität schwächer und der Patient braucht und beansprucht von dem Arzt, oder von einer autoritären Persönlichkeit, in immer größerem Maße eine Stütze, einen Halt resp. hat Not von weiteren Suggestionen und Beeinflussungen; er bleibt somit unsicher, passiv und schwankend. Und zuletzt, währenddem bei Anwendung unserer Methode die Heilung unzweifelbar dauerhaft ist, bleibt eine solche bei der Suggestionsmethode nur zeitweilig, da die dem Patienten suggerierten antagonistischen Vorstellungen gewöhnlich bald wieder abblassen, und auf die Dauer den festfixierten affektiven Komponenten nicht widerstehen vermögen. Die Behandlung durch Suggestion berührt eben ganz und gar nicht die dissoziierten Gruppen des affektiven Erlebnisses, d. h. bei dieser Behandlungsmethode bleibt die Dissoziation erhalten und wird sogar vertieft. Dasselbe betrifft auch die passive Einstellung, d. h. die Neigung zur Hypnose und Beeinflussung. Die Reproduktionsmethode hat also die Eigenschaft einer radikalen operativen Methode in sich, während die Suggestionsmethode bloß eine symptomatische Heilmethode bleibt.

Die Reproduktionsmethode kann nach unserer Erfahrung einen therapeutischen Erfolg bloß in folgenden Fällen nicht erzielen:

1. Wenn der Patient zur Zeit der Behandlung von reellen emotionalen Erlebnissen gestört wird. In solchen Fällen ist es ratsam die Methode der Überzeugung anzuwenden, d. h. zu versuchen durch rationelle Beeinflussung einzuwirken.

2. Bei Patienten mit schwerer erblicher Belastung resp. bei solchen mit einer stark labilen Nerven- und psychischen Konstitution. In solchen Fällen unterliegen zwar die Patienten sehr leicht dem Reproduktionsvorgang, verbergen aber auch sehr viele affektive Erlebnisse, von denen die meisten von ganz unbedeutenden Ursachen bedingt sind. Hier hat die Reproduktionsmethode einen sehr schwachen und nur kurzen Erfolg, da die große Menge der verdrängten affektiven Komplexe schwer zugänglich ist und nicht leicht einer restlosen Auflösung unterliegt, wenn

auch die einzelnen Komplexe sehr leicht reproduziert werden. Außerdem kommen immer neue Komplexe, und zwar aus ganz nichtigen Ursachen hinzu, was die Behandlung endlos macht.

3. Bei alten Leuten über dem 50. Lebensjahr ist es nicht ratsam ihr früheres affektives Seelenleben aufzuwühlen; außerdem sind solche Personen einer Reproduktion auch sehr schwer zugänglich.

In allen anderen Fällen erzielt die Reproduktionsmethode durchaus günstige und dauernde Heilergebnisse, und zwar bei sämtlichen Arten der Psychoneurose.
