

Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg

HELMUT THOMÄ, HEIDELBERG

KONVERSIONSHYSTERIE UND WEIBLICHER KASTRATIONS KOMPLEX

Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Untersuchung von Deutungsaktionen einige Hypothesen über die Beziehung von Hysterie und weiblichem Kastrationskomplex zu überprüfen. Die sich hierbei ergebenden methodologischen Probleme wurden in einer vorangegangenen Veröffentlichung diskutiert (*H. Thomä* und *A. Houben*, 1967). Da in der kasuistischen Darstellung nur auf einige der psychoanalytischen Auffassungen über die Entstehung der Konversionshysterie eingegangen werden kann und nur einige Aspekte des weiblichen Kastrationskomplexes einer genaueren Betrachtung unterzogen werden sollen, bietet sich folgendes Vorgehen an: Zunächst wird die Theorie der Konversion zusammengefaßt (I). Dann wird aus dem umfassenden Thema des weiblichen Ödipuskomplexes ein umstrittenes Problem, die Kastrationsangst der Frau, herausgegriffen (II). Schließlich werden bestimmte Thesen aus I und II kasuistisch erläutert (III, A, B, C, D).

I

Die Theorie der Konversion impliziert:

1. Unverträgliche Vorstellungen werden dadurch unschädlich gemacht, daß deren „Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird“ (*S. Freud*, 1894, S. 63). Der Begriff der Konversion wurde nicht von Anfang an mit sexuellen bzw. genital-sexuellen Inhalten verknüpft, sondern dem *Darwinschen* Prinzip der „Ableitung der Erregung“ (*S. Freud*, 1895, S. 147) an die Seite gestellt. In der Krankengeschichte Frau Elisabeth von R. heißt es beispielsweise: „All diese Sensationen und Innervationen gehören dem Ausdruck der Gemütsbewegungen an, der, wie uns *Darwin* gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht“ (*S. Freud*, 1895, S. 251).
2. Der *symbolische* Ausdrucksgehalt ist dementsprechend kein feststehender, sondern ergibt sich jeweils aus der Beziehung zur ursprünglich sinnvollen *Leistung*. Schon in *Freuds* klassischen Hysteriekrankengeschichten finden sich viele Beispiele konvertierter „prägenitaler“, „aggressiver“ und anderer Impulse.
3. Nachdem *Abraham* (1921) den Tic eine „analsadistische Konversion“ genannt hatte, schlug *Fenichel* (1931) vor, eine Gruppe von hysteriformen

Syndromen, zum Beispiel manche Organneurosen und das Stottern als „prägenitale Konversionsneurosen“ zusammenfassen.

4. Im Sinne der Unterscheidungen *Fenichels* gab *Rangell* (1959) folgende Definition: „Der übergeordnete Begriff ist Konversion, und ‚hysterisch‘, ‚phallich‘ oder ‚prägenital‘ dienen als untergeordnete Beschreibungen“ (S. 638). *Rangell* spricht sich dafür aus, den Prozeß der Konversion vom Syndrom der Hysterie zu unterscheiden, weil, kurz gesagt, die Konversion ödipaler Triebwünsche nur ein spezieller Fall dieses Prozesses sei. Er lehnt es ab, die Konversion unter die Abwehrmechanismen einzureihen. Vielmehr benütze der Konversionsprozeß sowohl Identifikation als auch Verschiebung, Internalisierung, Symbolisierung, Wendung gegen die eigene Person und besonders Verdrängung.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß der Konversionsbegriff eine quantitative Seite hat, nämlich die Verschiebung seelischer Erregung auf somatische Innervationen, und einen qualitativen Aspekt, der sich im Ausdrucksgehalt, in der Symbolik der Symptome zeigt (s. *H. Thomä*, 1963). Folgt man dem Vorschlag *Rangells* und unterscheidet man den Prozeß der Konversion vom Syndrom der Hysterie, wird die von *S. Freud* (1917, S. 355) angenommene enge pathogenetische Beziehung zwischen Hysterie und Regression der Libido zu den primären inzestuösen Sexualobjekten (und deren Verdrängung) zu einem besonders wichtigen Spezialfall.

II

Der weibliche Kastrationskomplex ist durch folgende Thesen zu definieren:

1. Beim Mädchen bereitet nach *Freud* der Kastrationskomplex den Ödipuskomplex vor, anstatt ihn zu zerstören.

„... Durch den Einfluß des Penisneides wird das Mädchen aus der Mutterbindung vertrieben und läuft in die Ödipussituation wie in einen Hafen ein. Mit dem Wegfall der Kastrationsangst entfällt das Hauptmotiv, das den Knaben gedrängt hat, den Ödipuskomplex zu überwinden“ (*S. Freud*, 1933, S. 138).

2. Peniswunsch und Penisneid — vieldeutige Bezeichnungen, wie besonders *Jones* (1933) gezeigt hat — sind psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes (*S. Freud*, 1925). Die wegen des Geschlechtsdimorphismus unvermeidliche Entdeckung der weiblichen Kastration wird beim Mädchen besonders dann zur Entwicklung eines starken Männlichkeitskomplexes führen, wenn sich familiäre oder soziokulturelle Einflüsse „phallozentrisch“ auswirken.

3. Als weitere psychische Folge des Penisneides nennt *Freud* die Lockerung des zärtlichen Verhältnisses zur Mutter (*S. Freud*, 1925, S. 26). Diese wird für

die Penislosigkeit verantwortlich gemacht. Die mit Haß einhergehende Lokierung der Beziehung zur Mutter führt zum Objektwechsel und über den Ödipuskomplex und die Gleichung Penis — Kind wird eine neue Position erreicht:

Das Mädchen „gibt den Wunsch nach dem Penis auf, um den Wunsch nach einem Kinde an die Stelle zu setzen und nimmt *in dieser Absicht* den Vater zum Liebesobjekt“. „... Für das Verhältnis zwischen Ödipus- und Kastrationskomplex stellt sich ein fundamentaler Gegensatz der beiden Geschlechter her. Während der *Ödipuskomplex des Knaben am Kastrationskomplex zugrunde geht, wird der des Mädchens durch den Kastrationskomplex ermöglicht und eingeleitet*“ (S. Freud, 1925, S. 28, im Original hervorgehoben).

Nachdem Abraham die psychoanalytische Theorie über die Entwicklung der weiblichen Sexualität 1921 zusammengefaßt hatte, bereicherten vor allem Psychoanalytikerinnen das Wissen. E. Jones hat K. Horney's Vermutung für begründet gehalten, daß die „männlichen Psychoanalytiker diese Probleme von einem übertriebenen phallozentrischen Gesichtspunkt aus behandelt und den weiblichen Organen infolgedessen eine zu geringe Bedeutung zugeschrieben haben“ (E. Jones, 1928, S. 11). In ähnlicher Weise fand S. Payne (1936) in der psychoanalytischen Literatur über die Weiblichkeit „männliche“ und „weibliche“ Auffassungen. Es war vor allem die Einsicht von Psychoanalytikerinnen in die präödpale Vorzeit des Mädchens, die zu einer Modifikation der Theorie führte. Freud selbst erschien „alles auf dem Gebiet dieser ersten Mutterbindung ... so schwer analytisch zu erfassen, so altersgrau, schattenhaft, kaum wiedererlebbar ...“ (S. Freud, 1931, S. 519). Die nun gewonnenen Erkenntnisse wurden in den beiden letzten Arbeiten Freuds über die Weiblichkeit (1931, 1933) berücksichtigt.

Die Theorie wurde folgendermaßen ergänzt:

4. „Die Phase der ausschließlichen Mutterbindung, die präödpal genannt werden kann, beansprucht also beim Weib eine weitaus größere Bedeutung als ihr beim Mann zukommen kann“ (S. Freud, 1931, S. 523).
5. „Der Ödipuskomplex des Mädchens hat lange den Einblick in die präödpale Mutterbindung verhüllt, die doch so wichtig ist und so nachhaltige Fixierungen hinterläßt“ (S. Freud, 1933, S. 523).
6. „Die Mutteridentifizierung des Weibes läßt zwei Schichten erkennen, die präödpale, die auf der zärtlichen Bindung an die Mutter beruht und sie zum Vorbild nimmt, und die spätere aus dem Ödipuskomplex, die die Mutter beseitigen und beim Vater ersetzen will“ (S. Freud, 1933, S. 143).

Besonders in der ersten Phase der Theoriebildung, um einer Einteilung von M. C. Barnett zu folgen, die hier mit den Punkten 1—3 kurz gekennzeichnet wurde, sah Freud die Entwicklung des Mädchens durch den Wechsel des Liebesobjektes von Mutter zu Vater kompliziert. Diese Komplizierung und das

damit zusammenhängende theoretische Problem lösen sich auf, wenn man von der Mutteridentifizierung (s. Punkt 6) ausgeht. Macht man Ernst mit der genetischen Bedeutung dieser Identifizierung, dann wird über die unbewußte Einfühlung und die imitatorische Übernahme weiblicher Verhaltensweisen das in den verschiedenen Entwicklungsphasen zugängliche bzw. von der Mutter angebotene frauliche „Wesen“ vom Mädchen übernommen. Die normale Frau finde, so sagte *J. Lampl-de Groot* (1953), ihre Objektbeziehungen durch die Identifikation mit der Mutter. Das Mädchen, das sich mit der Mutter eins fühlt, würde im Vater folgerichtig auch das heterosexuelle Liebesobjekt suchen, und die Frage des Objektwechsels würde sich theoretisch erübrigen. Praktisch ist indessen die Sache nicht so einfach: Bindung und Identifizierung werden im allgemeinen nicht ideal und nahtlos ineinander übergehen, und so wird, zumal bei Störungen der weiblichen Sexualität, der Objektwechsel (mit Kastrationskomplex etc.) seine psychogenetische Valenz behalten. Trotz dieser praktischen Einschränkung bleibt es eine bemerkenswerte Tatsache, daß die von *Freud* selbst übernommene theoretische Revision das Verständnis von Wesen und Entwicklung der Weiblichkeit nicht rascher und entschiedener bestimmt hat. Das scheint folgenden Grund gehabt zu haben: Die wissenschaftliche Diskussion bezog sich seinerzeit nicht speziell auf die Frühgeschichte der weiblichen Sexualität. Die umstrittene Vordatierung der ödipalen Konflikte und die bekannten Kontroversen mit den Auffassungen *M. Kleins* betrafen auch die Entwicklung der weiblichen Sexualität. Recht kennzeichnend ist die Besprechung von *S. Freuds* „Neue Folge der Vorlesungen ...“ (1933) durch *J. Riviere* (1934). Obwohl *Freud* in dem Kapitel über „die Weiblichkeit“ gerade der präödipalen Mutterbindung und Identifizierung einen hervorragenden Platz eingeräumt hatte, kritisierte *J. Riviere*, daß seine Ausführungen über Kastrationskomplex und Penisneid nicht einmal die halbe Wahrheit über die Frau seien. Offenbar richtete sich *J. Rivières* Kritik gegen eine bereits zurückliegende Phase, in der Kastrationskomplex und Penisneid als beinahe *biologisches* Schicksal der Frau betrachtet wurden; obwohl *Freud* damit gerade nicht die *normale* Entwicklung, sondern bestimmte *psychopathologische* Folgeerscheinungen zu erklären versuchte.

K. Horney hat vom primären Penisneid gesprochen, wenn sie seine Wurzel im anatomischen Geschlechtsunterschied im Auge hatte (*K. Horney*, 1926, S. 368). Durch die begriffliche Lösung des biologisch begründeten Anlasses von den psychosexuellen und psychosozialen Ursachen und Folgeerscheinungen wurde der Boden für eine angemessenere Betrachtung geebnet.

Wie stark allerdings das biologische Argument war, zeigte sich gerade dort, wo man die eigenständige weibliche Entwicklung zu begründen versuchte. Es geschah dies nicht in erster Linie durch eine psychogenetische Beweisführung

(z. B. Mutteridentifizierung etc.), sondern durch bis heute umstrittene, jedenfalls keineswegs zureichend belegte Vermutungen über frühe vaginale Sensationen und deren Verleugnung (*Hann-Kende*, 1933; *J. Müller*, 1931). *Ph. Greenacre* (1952) konnte hierzu keine verlässlichen Beobachtungen aus neuerer Zeit mitteilen und *M. J. Sherfey* sagte wörtlich: „Mir sind keine biologischen Untersuchungen bekannt, denen mit Sicherheit das Alter entnommen werden könnte, in welchem Mädchen erstmals vaginale Sensationen erleben. Diese Frage ließe sich überhaupt erst dann beantworten, wenn das tatsächliche *Vorhandensein* vaginaler Empfindungen in der Kindheit ... festgestellt worden wäre“ (*Sherfey*, 1966, S. 102). *Sherfey*s Veröffentlichung legt übrigens nahe, die Theorie der Überleitung der erogenen Zone von der Clitoris auf die Scheide zu bezweifeln. Wenn der Ablauf des Orgasmus von der erogenen Zone, die ihn auslöst, unabhängig ist und zu seiner Physiologie rhythmische Kontraktionen im Bereich des unteren Drittels der Scheide gehören, würden auch bei der infantilen Masturbation vaginale Sensationen zu vermuten sein. Diese Empfindungen scheinen aber nicht in einer distinkten Weise — qua Vagina — in das Körperschema aufgenommen zu werden. Für die psychosexuelle Entwicklung sind nicht irgendwelche Sensationen bedeutungsvoll, die noch kaum von analen oder „cloacalen“ (*S. Freud*, 1932; *Marie Bonaparte*, 1953) unterschieden werden können, sondern deren Stellung im verfügbaren Körperschema. Die körperinnere Lage der Scheide und der durch das Hymen verkleinerte Introitus sind biologische Tatsachen, die im Vergleich mit der Anatomie des Jungen auch dann als Nachteil imponieren dürften, wenn man beim Mädchen ein frühzeitigeres Wissen um das Verborgene annehmen würde, als die Beobachtungen rechtfertigen.

In der kasuistischen Darstellung werde ich auf die angeschnittenen Fragen zurückkommen, besonders aber auf ein umstrittenes Thema eingehen: auf die weibliche Kastrationsangst. Beobachtungen im Laufe der Analyse einer hysterischen Patientin ließen mich annehmen, daß schwere Ängste ihre Ursache in der Kastrationsangst hatten. Da mich diese Determinante bei einem Mädchen sehr überraschte, zog ich die psychoanalytische Literatur zu Rate. Bekanntlich vertrat *S. Freud* die Meinung, bei Frauen könne man von einer Kastrationsangst im richtigen Sinne nicht sprechen. Als besonders wirksamer Motor von Verdrängung oder Abwehr in der Entwicklung des Mädchens wird folgerichtig nicht die Kastrationsangst, sondern die Gefahr des Liebes- oder Objektverlustes genannt. Die Angstbedingung des Liebesverlustes sei geradezu typisch für die Hysterie (*S. Freud*, 1926, S. 153, 173). Mit „Kastrationsangst im richtigen Sinne“ hat *Freud* zweifellos eine Realgefahr gemeint. Insofern wäre die Kastrationsangst des Mädchens von vornherein unreal, weil ein konkreter Verlust durch eine tatsächliche Drohung nicht zu

befürchten ist. Mit der Kastrationsangst des Mädchens würden sich, so könnte man vermuten, unbewußte Angstsinhalte anderer Herkunft verbinden (vgl. *J. Lampl-de Groot*, 1936). Ihr irrealer Charakter wäre aber auch der Realitätsprüfung sehr wenig zugänglich. Mehrere Autoren haben tatsächlich diese zu vermutenden Merkmale beobachtet: *Rado* suchte nach einer Erklärung von neurotischen Beschädigungängsten bei Mädchen. Es „halluziniere“ am eigenen Körper, zunächst an der richtigen Stelle, das Glied. Dann erscheine der „Wunschpenis“ an anderer Stelle des Körperschemas. Die „Kastrationsangst“ des Mädchens wäre demnach Angst um den Wunschpenis oder seinen symbolischen Ersatz. *Lampl-de Groot* (1935) hat zu Recht kritisiert, daß *Rado* hier in unüblicher Weise von „Halluzination“ spreche. Sieht man von der gewiß verwirrenden Wortwahl *Rados* ab, bleibt die empirische Frage bestehen, inwieweit hysterische Ängste sich aus dem Verlust des „Wunschpenis“ ableiten lassen. *H. Deutsch* (1930) hat eine Dreierheit äquivalenter weiblicher Ängste aufgestellt: Kastration, Vergewaltigung, Entbindung. Gerade bei exzessiver infantiler Masturbation scheinen manche Mädchen in einen ähnlichen *circulus vitiosus* hineinzugeraten wie Jungen. Die autoerotisch erreichte Befriedigung gibt für einen Augenblick Gewißheit und Sicherheit, die dann rasch wieder der Strafangst verfallen. *Lampl-de Groot* (1936) beschrieb, daß diese Mädchen die Strafangst in die Vergangenheit projizieren, so als wären sie wegen der Onanie mit dem Verlust des Gliedes bestraft worden. Dem vergangenen Zustand wird (unbewußt) phallisch-narzisstische Vollkommenheit zugeschrieben. Genetisch gesehen wäre also die Kastrationsangst in der Dreierheit äquivalenter weiblicher Ängste im Sinne von *H. Deutsch* *prima inter pares*. Auch *E. Jacobson* (1937, 1964), *C. Müller-Braunschweig* (1926) und *M. Woolf* (1955) sprechen von Kastrationsängsten bei Mädchen. Bei dieser Verlustangst kann es sich nicht um eine „Realgefahr“ handeln, und man kann auch davon ausgehen, daß hysterische Genitalängste, die kasuistisch untersucht werden, von komplexer Natur sind. Kombinierte Ängste stellen, wie *W. Hoffer* kürzlich sagte, die Reaktion auf eine Vielfalt von inneren Gefahren — Selbstverlust, Liebes-(Objekt-)verlust, Genitalverlust, auch die weibliche Genitalität einschließend — dar, und sie mobilisieren Abwehrvorgänge. Vor der kasuistischen Darstellung bleibt noch zu bedenken, ob man die realitätsferne Angst um ein Glied, das das Unbewußte mit dem Körperschema der Vergangenheit verbindet, terminologisch besonders kennzeichnen sollte. Mit dieser Frage hat sich vor allem *Jones* (1928) beschäftigt, als er nach dem Äquivalent der Kastrationsangst bei Frauen suchte. Die von ihm vorgeschlagene Bezeichnung *Aphanisis* (*ἀφανισις* = Verschwinden) hat aber urtümliche Ängste zum Gegenstand. Obwohl der vorliegende Fall auch prägenitale Aspekte aufweist, ließ sich in einigen Phasen der Analyse die Auswirkung

einer unbewußten weiblichen Kastrationsangst so gut von anderen inneren Gefahren unterscheiden, daß wir nomenklatorisch beim alten bleiben wollen.

III

*Krankengeschichte*¹

Die bei Behandlungsbeginn 24jährige, seit 2 Jahren kinderlos verheiratete Frau wurde nach längerer stationärer Behandlung in einer inneren Klinik wegen nervöser Beschwerden zur Psychoanalyse überwiesen.

Vorgeschichte

Schon seit 8 Jahren häufig „krampfartiges Atmen“, verbunden mit Engegefühl und starker Beunruhigung; erstmals im Todesjahr des Vaters aufgetreten, der an den Folgen eines mit Atemnot einhergehenden chronischen Herzleidens gestorben war. Seit etwa 2 Jahren Zunahme der Beschwerden, die respirometrisch als „nervöses Atmungssyndrom“ diagnostiziert wurden: Die Patientin fürchtet, ersticken zu müssen. Sie hustet und räuspert sich während des Tages fast unaufhörlich in ticartiger Weise (Tussis nervosa). Auf der Hochzeitsreise nahm die Angst beim Essen in Gesellschaft ihres Mannes und dann auch in Anwesenheit anderer Menschen so zu, daß die Patientin seither die Mahlzeiten allein einnehmen muß. Mit den Beschwerden gehen abstruse Körpervorstellungen einher: Furchtbare Leere-Erlebnisse; sie habe nur einen leeren Brustkorb, in den keine Luft reingehe; sie sei zu schwach zum Atmen; die Luft entweiche wie aus einem beschädigten Gummiballon. Dann wieder komme sie sich vor wie ein starres Rohr.

Häufig nimmt die Patientin eine hockende Stellung ein. Am Boden kauernnd fühlt sie sich irgendwie sicherer. Es ist ihr unerträglich, vor sich eine Leere zu haben oder „vorne leer zu sein“. Deshalb hält sie sich beim Autofahren krampfhaft fest. Sie fühlt sich sicherer, wenn sie im Bett die Hand auf den mons pubis legt. Zahllose „Verlegenheitsakte“ verraten ihre große innere Unruhe. Sie gewinnt Halt, wenn sie an irgendwelchen Gegenständen herumspielt. Sie kontrolliert sich und ihre Umgebung.

Wegen eines Vaginismus war der Coitus unmöglich. Menarche mit 17 Jahren, immer starke Dysmenorrhoe und in den letzten Jahren Fluor.

Frühere Erkrankungen

Im 2. und 5. Lebensjahr jeweils ein halbes Jahr wegen Magenbeschwerden unbekannter Ursache im Krankenhaus.

Zur Familien- und Lebensgeschichte

Der Vater baute eine mittelgroße selbständige Firma auf, die der einzige ältere Bruder der Patientin (+ 4) übernommen hat. Der Bruder ist ebensolange wie die Patientin und gleichfalls kinderlos verheiratet. Die gesunde, überbesorgte Mutter hat beide Kinder sehr an sich gebunden.

In äußerer Geborgenheit aufgewachsen. Zärtliche Beziehung zu Kinderschwester Maria, die offenbar natürlicher war als die eher steife Mutter. Während des Krieges mit Maria und dem Bruder auf dem Lande evakuiert.

Nach dem Abitur Studium als Innenarchitektin. In oberflächlichen Freundschaften vergnügt. Nach 4jähriger Freundschaft und Verlobung heiratete die Patientin einen jungen Architekten,

¹ Alle persönlichen Angaben wurden gründlich entstellt; die ärztliche Diskretion ist durch die Chiffrierung gewährleistet.

der sich seither erfolgreich selbständig gemacht hat. Gleichzeitig mit dem Aufbau eines Büros zog sich die Patientin, die auch gern berufstätig geblieben wäre, unzufrieden in den Haushalt zurück.

Sexualentwicklung

Vom 3. bis 16. Lebensjahr exzessive Masturbation durch hüpfende Rutschbewegungen. Die Mutter tadelte diese „Untugend“ und stellte Gesundheitsschäden in Aussicht, ließ es aber geschehen. Vor den vorgestellten Folgen hatte die Patientin Angst. Im Todesjahr des Vaters gelang es ihr, die Onanie aufzugeben. Nun setzten die Atembeschwerden ein, und symptombezogene Ängste begannen immer stärker zu werden. Bei der Selbstbefriedigung keine Begleitphantasien. Während der Pubertät Stereotypträume, die in der Analyse erinnert wurden: Es geschah etwas Furchtbares zwischen ihr und Vater, und sie erwachte an einem Orgasmus. In der Vorpubertät sexuelle Spielereien mit dem Bruder, den sie am Glied streichelte.

A. Leere- und Erstickungsangst als unbewußte Kastrationsangst (Verschiebung von unten nach oben)

Es werden nun unter Rückgriff auf die theoretischen Ausführungen I und II Phasen aus der Analyse dieser Patientin mitgeteilt, die sich entsprechenden Punkten zuordnen lassen.

Eine bei ihrem Bruder durchzuführende Phimoseoperation brachte um die 80. Stunde große Beunruhigung, die durch einige recht bemerkenswerte Träume illustriert und zugleich zum Teil erklärt werden konnte. Nach einem Telefonat mit der Mutter und dem Bruder hatte die Patientin große Angst und beschäftigte sich mit der Frage, ob bei der Operation, die bevorstand, etwas passieren könne. Sofort interpretierte sie einen Traum im Sinne ihrer Angst: Sie sah einen Gummihund, der sich an sie schmiegte, aber dann leer und tot von ihr abfiel. Daß sie die Männer so abfallen läßt, so kastriert und dabei ihre eigene Kastrationsangst („Leere-Erlebnis“, nach oben verschoben) erlebt, wurde deutbar.

Sie sah sich selbst in diesem Traum leer und wie ein Gummitier, das in sich zusammenfalle. Mir war deutlich, daß — im abfallenden Hund und im Leere-Erlebnis, Symbol und Symptom — die Kastration im latenten Traumgedanken gegeben ist (Aphanisis, Jones). Diese Annahme wird übrigens durch einen weiteren Traum gestützt, den sie in der gleichen Stunde brachte und der hauptsächlich in die Deutungsarbeit einbezogen wurde:

Traum: Ihr Bruder lag zugedeckt da. Man sah nur sein Glied. Ihre Schwägerin stand mit einem Messer am Bett des Bruders und schnitt ein Stück des Gliedes weg.

Assoziationen (abgekürzt): Alle Männer an der Nase herumführen. Die einzig gute Zeit hatte sie im Leben, als es ihr gelang, an jedem Finger einen zu haben und alle zu frustrieren. Die überlegenen Männer schwach zu machen. Ambivalenz gegen ihren Mann, großer Hingabewunsch, aber zugleich Wut, schwach zu werden. Lange Klagen über ihr Leeregefühl und über ihre Angst.

Später, in der 200. Stunde, träumte die Patientin, daß ein Mann sein abge-

schnittenen Glied am Hals und über der Brust hängen habe — dort, wo sie an ihrer Leere und Schwäche gelitten hatte.

In der folgenden Nacht träumte sie eine Fortsetzung der Kastrationsthematik (81. Stunde):

Viele Nikolause waren nackt bei der Musterung. Es war jemand, eine Frau, mit einer Schere da, die Haare, insbesondere die Schamhaare und „anderes“ abschneiden sollte und auch abgeschnitten hat. Es war so, als gehörte dies so gar nicht richtig zum Körper. Als alles abgeschnitten war, kam es mir so vor, als sei ich es selbst gewesen.

Einfälle: So ein ähnlicher Traum wie der vom Gummihund.

Dann über ihren Mann und den Tagesrest. Es kam gestern abend zur mutuellen Onanie. Sie war enttäuscht, als er sich danach ziemlich unbeteiligt über die Zeitung machte, während sie dann noch in seinem Arm lag.

Nun wird der Penisneid interpretiert und sie bringt dazu ihr Kontrollbedürfnis, das sie in hohem Maße befriedigen kann, solange sie das Glied in der Hand hat. (Der Vaginismus ist soweit behoben, daß die Immissio möglich ist. Unter bestimmten Bedingungen — wenn sie sich phallisch fühlt — ist die Patientin nun beim Verkehr orgasmusfähig.)

90. Stunde: Immer wiederkehrende Klagen, ihre Angst sei unerträglich und es könne ja auch sein, daß der Analytiker etwas übersehe, was sich seit der letzten Untersuchung gebildet habe. Ob sie je wieder gesund werde? Zumal, wenn Dr. Th. etwas übersehen habe? Auf die vorwurfsvolle Frage, ob ich etwas übersehen haben könnte, antworte ich schließlich, es falle mir nichts Sinnvolles dazu ein. Dann bringt die Patientin Träume, in denen deutlich wird, was alles mit „übersehen“ gemeint ist.

Traum: Sie ging in ein Kunstgewerbegeschäft, fand aber alle Regale leer. Die Verkäuferin sagte ihr, sie könne ihr stattdessen Eier verkaufen, hatte dann aber nur zwei Eier, die sich bei näherem Zusehen als zusammengewachsene Eier, sozusagen zwei Eier in einem, herausstellten. Außerdem waren die Eier leer, und die Patientin mußte dafür einen sehr hohen Preis bezahlen. Sie kaufte trotzdem ein.

Traum: Sie sah eine Frau, nackt und bei einem merkwürdigen Tanz. Sie hatte die Frau, eine alte Frau, eigentlich sehr gern, war aber angewidert und angeekelt davon, daß sie häßliche Bewegungen machte. — (Nach langem Zögern.) Die Frau zeigte ihre Öffnungen am Unterleib, d. h. sie spreizte die Schamlippen und zog auch die Gesäßbacken auseinander, um ihren After zu zeigen. Bei beiden Öffnungen handelte es sich um leere, große Höhlen.

Die Patientin befaßte sich zunächst vor allem mit dem Traum über die Frau, die ihre großen Öffnungen und Höhlen zeigt. Sie erinnerte sich, ihre Mutter nackt gesehen zu haben, wobei sie das Gefühl hatte, alles bei ihr selbst sei zu klein geraten.

Niemals hatte sie Ängste beim Stuhlgang. Jedenfalls erinnere sie sich nicht mehr daran. Dieses Thema und damit der Traum waren im übrigen dadurch bewußteinfähiger geworden, daß der Analytiker bei früheren ähnlichen Träumen auf „After“, „Luft“ und „Winde“ angespielt hatte. Hingegen ist sie jetzt besonders aufgeregt vor der Defäkation, muß dann mehr husten. Früher war sie obstipiert.

Die kindliche Beschämung, weder ein Glied zu haben noch so große Öffnungen wie die Mutter, wird interpretiert.

Die Einfälle zum Eiertraum zeigen, daß sie die Testes ihres Mannes zunächst immer als „leer“ empfindet. So als ob nichts darin wäre. Ihr eigenes Leere-Erlebnis, kein Glied und keinen Hodensack zu haben, wird mit dem Traum in Verbindung gebracht. Es scheint folgender Zusammenhang zu bestehen: Unbewußt wird das Objekt entleert. (Die „Kastration“ hat übrigens einen oralen Aspekt: das Saugen spielt bei der von der Patientin bevorzugten Fellatio eine besondere Rolle.) Dann identifiziert sich die Patientin mit dem Opfer und erlebt sich selbst bewußt als leere Schale. Diese autoplastische Wahrnehmung findet in Klagen Ausdruck, deren Symbolgehalt auf diesen unbewußten Inhalt zurückgeht. Da das „Objekt“ nun in der Übertragungsneurose der Analytiker ist, ist er für das Unbewußte der Patientin der Verkäufer, der nach der Schädigung keine Hilfe mehr bringen kann. Damit wäre zwar die Rache am Ziel, aber im gleichen Augenblick vergrößert sich auch die Angst. Durch Übertragungsdeutungen versuchte ich, dem Wiederholungszwang entgegenzuwirken.

Unter unwiderstehlichem Zwang ging die Patientin häufig zum Spiegel, wenn Leereangst und die Empfindung, daß oben etwas in ihr zu kurz sei — so als wären Lunge und Magen miteinander verwachsen — unerträglich wurden. Durch das Ausquetschen von Mitessern an der Nase ließ sich die Qual erleichtern.

In der 131. Stunde berichtete die Patientin, angeregt durch Träume, über Phantasien, die sich an die Defloration angeschlossen hatten: Am Tag nach der Defloration (ohne Immissio) war die Patientin mit ihrem Mann im Meer schwimmen gewesen, und sie hatte unter dem Eindruck gestanden, nun, wie sie sich selbst ausdrückte, ein Loch zu haben, ohne kontrollieren zu können, was hinein- und was herauskomme. Mit diesen Worten beschrieb sie ihr Körpergefühl nach der Defloration, und ich fügte hinzu: „Als sie ins Meer gingen, hatten sie also die Phantasie, daß nun Wasser, oder im Freien Luft, in ihre Scheide eindringen könne.“ Ihr bewußtes Körperschema war folgendes: Die Scheide, aus der Urin und Blut herauskomme, Glied und Same eindringe, teile sich innen im Körper in zwei Gänge. Der Vergleich mit ihrem Mann, mit Miktion und Ejaculation, hatte diese Vorstellung in ihr bekräftigt. Durch Verschiebung nach oben setzte sich die Konfusion des Körperschemas in Störungen des Atmens und der oralen Inkorporation fort.

Die Patientin glaubte noch während der Analyse, daß es nicht bei der einmal vollzogenen Einkerbung bleibe, sondern daß der Scheideneingang weiter aufreiße. So kam sie im Laufe dieser 131. Stunde auf einen früheren Fliegenflügeltraum zurück. Die Einkerbungen im Fliegenflügel seien, so meinte die

Patientin, sicherlich auch jene Einrisse, die durch die Defloration entstanden seien. Sie spricht nochmals davon, daß eben der Flügel auch abgerissen sei. Die Patientin hatte also im Hymen einen kostbaren Penisersatz gesehen, der durch die Defloration zerstört wurde. Sie befürchtete die weitere Verstümmelung.

Nun wird von der Patientin eingeschaltet, daß seinerzeit für sie völlig unerklärlich der Zwang in ihr entstanden war, sich bei den Mahlzeiten abzusondern. Die Eß-Störung begann also kurz nach der Defloration, gleichzeitig nahm damals die Atemstörung weiter zu. Sie versuchte die Kontrolle nun dort auszuüben, wo es durch die Willkürmotorik möglich ist, um symbolisch Öffnungen zu schließen, wie dies *Barnett* beschrieben hat.

B. Schwangerschafts- und Geburtsfurcht als unbewußte Kastrationsangst

Durch die Analyse konnte der hysterische Verschiebungsvorgang rückgängig gemacht werden. Dies zeigte sich nicht nur an der wesentlichen klinischen Besserung und Verhaltensänderung der Patientin, sondern auch daran, daß Genitalängste unverschlüsselter im Erleben auftauchten.

Aus den nun berichteten Sitzungen werden hierzu Erläuterungen gegeben. Nach der mehr zusammenfassenden Darstellung des Abschnittes A gebe ich nun Sitzungen im Sinne eines früher veröffentlichten Schemas wieder (s. *H. Thomä* und *A. Houben*, 1967). Die Protokolle wurden sofort nach den Behandlungen aus dem Gedächtnis niedergeschrieben und für die Veröffentlichung nur unwesentlich stilistisch überarbeitet bzw. verkürzt. Die Überlegungen sind also nicht nachträglich angestellt worden, sondern entsprechen meinem in der jeweiligen analytischen Situation anwesenden und wirksamen Wissen.

261. Stunde: Frau X. berichtet, sie habe sich auf die Stunde gefreut, wenn sie aber hier sei und warte, werde sie unruhig und wolle am liebsten wegrennen. Es gehe ihr besonders gut und sie sei mit ihrem Mann sehr glücklich. Nun aber habe sie Bedenken wegen des bevorstehenden Richtfestes eines von ihrem Mann erstellten repräsentativen Gebäudes. Natürlich sollte sie dabei sein und sie hat eine zwiespältige Einstellung: Freude und Angst. Sie betont, wie sehr sie sich für ihren Mann freue, ohne ihm seinen Erfolg zu neiden.

Traum: Sie kam in einen Raum, Scheinwerfer und Filmapparate wurden von einem Mann vorbereitet, der für sie keine Zeit hatte. Sie war enttäuscht.

Die Patientin berichtet im Anschluß an die Traumerzählung nochmals über ihre Stimmung im Hinblick auf das Richtfest.

Überlegung: Die Stunde begann mit einer durch mich verursachten Verzögerung. Ich möchte die Patientin auf die Übertragung lenken und stelle deshalb eine

Frage: Der Mann hatte zu wenig Zeit für Sie?

Reaktion: Die Patientin geht darauf nicht ein, sie bringt stattdessen ihre Wünsche vor: Wie schön es wäre, im Mittelpunkt zu stehen beim Richtfest. Dann gibt sie genaue Details über die letzten Tage, insbesondere über die Vita

sexualis. Sie habe wohl deshalb früher beim Verkehr keinen Orgasmus gehabt, weil sie sich zurückgehalten habe und bei Steigerung der Erregung nicht mehr aktiv mitgemacht habe. Dann habe irgendwie die Angst eingesetzt, durch intensives Erleben beschädigt zu werden.

Es sei nicht richtig, daß ihr Mann — und die Patientin denkt dabei auch an den Mann des Traumes — für sie zu wenig Zeit habe. Es läge auch an ihr, denn sie tue abends häufig noch irgend etwas Nebensächliches, anstatt das Gespräch und die Ruhe mit ihrem Mann zu suchen und zu genießen.

Überlegung: Unbewußt möchte sich die Patientin exhibieren, im Mittelpunkt stehen und einen besonders befriedigenden Orgasmus haben. Sie hat Angst vor Beschädigung. Dieser Angst liegt genetisch eine Kastrationsangst zugrunde, die in der Geburtsangst wiederkehrt. Damit es nicht zur Exhibition kommt, stellt sie es im Traum so dar, als hätte der Mann keine Zeit. Dann ist es der Mann, der sie enttäuscht, und sie kann ihn anklagen. Dadurch wird die Verdrängung der sexuellen Wünsche aufrechterhalten.

Deutung: Im Sinne meiner Überlegung sage ich der Patientin auch unter Rückgriff auf einen früheren Traum, in dem sie von einer tanzenden, sich exhibierenden Frau träumte, daß sie sich in sexueller Erregung zeigen möchte, aus Angst vor zu viel Intensität aber die Enttäuschung einbaue. Sie klage dann mich an, zu wenig Zeit zu haben.

Reaktion: Das sei hundertprozentig richtig, und es käme auch kein *aber*. (Die Patientin meint: kein einschränkender Einspruch, wie häufig.) Sie denkt nun an zwei weitere Träume und an ihre Geburtsangst.

Traum: Sie sah ein blasses Kind vor sich, das Baby einer Schulfreundin, die immer sehr schlecht ausgesehen hatte. Im Traum war es klar, daß die Frau während der Schwangerschaft zu viel Verkehr gehabt habe und das Kind deshalb beschädigt worden sei.

Traum: Ein Mann setzte einen kleinen Jungen zwischen Elefantenohren, und sie hatte große Angst um das Kind.

Einfälle: Sie wisse, daß man einige Wochen vor der Entbindung keinen Verkehr haben sollte. Bei den Elefantenohren habe sie sofort an die Schamlippen gedacht. In ihrer Angst vor Schwangerschaft und Geburt stecke dies drin: Etwas zu verlieren.

Überlegung: Das bekannte Thema der Schädigung und des Verlustes kehrt wieder. Ich denke an die Erlebnisse der Patientin bei der Defloration und an ihre Befürchtung, der Scheideneingang reiße immer weiter. Im Kind sieht sie nicht das Neue. Es kommt für ihr Erleben nichts hinzu, sondern sie denkt in erster Linie daran, daß etwas herunterfällt. (Der Junge zwischen den Ohren = Schamlippen.) Kind bedeutet für sie Penis, aber nicht ein hinzukommendes Glied, sondern ein Verlust.

Deutung: Es komme ihr also so vor, daß sie bei der Geburt beschädigt werde und etwas verliere. Der kleine Junge sei dort, wo beim Elefanten der Rüssel sei, es sei also so, als würde der Junge = Rüssel = Glied abfallen. Sie hätte die Vorstellung gehabt, bei ihr sei im Vergleich zum Bruder etwas verloren, nämlich das Glied, und sie fürchte, die Schädigung gehe bei der Geburt weiter. Außerdem spiele ich auf die anale Trennungsangst (anale Geburt) an.

Reaktion: Sie könne sich an eine solche Vorstellung im Vergleich zu ihrem Bruder nicht erinnern, aber es sei ihr deutlich, wie sehr sie von dem Gedanken beherrscht werde, bei der Entbindung beschädigt zu werden, etwas zu verlieren. Sie sei beunruhigt, noch immer solche Gedanken und Träume zu haben, obwohl sie es doch besser wisse.

Wie sehr die Patientin unbewußt von der „leeren Stelle“ ihrer „Gestalt“ irritiert wurde, zeigt sich beinahe spiegelbildlich in einer quälenden Erfahrung bei der Arbeit. Die Patientin probierte mit Kugeln und Würfeln, um einen Entwurf zu machen. Übrigens arbeite sie im allgemeinen recht intuitiv, mache sekundär Ordnung und zerstöre sehr häufig ihre Entwürfe wieder, weil diese nicht in ein „Schema“ passen. Es seien aber oft gute Entwürfe, und sie bedauere dann, etwas kaputt gemacht zu haben, nur weil es sich nicht dem „Schema“ füge, das sie an der Hochschule gelernt habe.

Nachdem sie tagsüber mit „Würfeln“ und „Kugeln“ probiert hatte und einzelne Stücke nebeneinander lagen, wurde sie in der Nacht so unruhig, daß sie nicht mehr schlafen konnte. Sie hatte das Gefühl, daß irgend etwas fehle. Die Unruhe hielt so lange an, bis sie den Entwurf ergänzt hatte. Den Rest der Nacht schlief sie so gut wie noch nie, was sie ausdrücklich am nächsten Morgen im Gespräch mit ihrem Mann erwähnte.

Der Patientin ist plötzlich evident, daß die Unruhe die gleiche sei, die sie sonst beseitigt habe, indem sie ihre Hand auf den Geschlechtsteil gelegt habe. Sie bringt weitere Beispiele, die auf eine Bewältigung ihres Leere-Erlebnisses hinweisen: Sie könne nicht fortgehen, ohne etwas in der Hand zu haben.

In der folgenden 262. Stunde berichtet die Patientin eine Erinnerung, die ihr gestern abend zum Thema Geburt und Stuhlgang eingefallen sei. Sie schäme sich; denn der Analytiker halte sie bestimmt für besonders dumm:

Bald nach dem Tod des Vaters war sie mit der Klasse in einem Landschulheim. Es war schmutzig und sie bemerkte eines Tages Blut in der Kloschüssel. Sie dachte, ich habe doch kein Mädchen mit einem dicken Bauch gesehen, und meinte, es habe sich vielleicht um eine Fehlgeburt gehandelt. Sie war damals noch ohne Menstruation.

305. Stunde

(Wegen Zugverspätung versäumt die Patientin einige Minuten.) Nach der letzten Stunde ging es ihr zunächst schlechter. Sie kam erschöpft zu Hause an.

Es beunruhigte sie, daß Dr. Th. in nächster Zeit mehrmals abwesend sei. Sie nahm sich zusammen und war fähig, mit ihrem Mann gemeinsam zu essen und auch auszugehen.

Dann beunruhigte sie die Nachricht über einen weiteren plötzlichen Todesfall im Bekanntenkreis. Ein junger Mann starb an einem Apoplex. Wie sehr wünsche sie sich eine Beruhigung; sie spricht länger über ihre Besorgnisse.

Mit ihrem Mann ginge es insgesamt sehr gut, auch im Sexuellen. Es war ihr aber so, als habe sie zu viel Verkehr gehabt und müsse nun einige Tage verzichten. Dann rege sich Angst, und sie sei in ihrer Hingabefähigkeit gestört. Da die Beziehung mit ihrem Mann so harmonisch verlief, sei ihr unverständlich, warum sie vom alten Thema geträumt habe.

Traum: Mit ihrem Daumen befriedigte sie sich selbst.

Einfälle: Das sei geradezu tierisch, so, als ob sie gar nicht genug bekommen könne. Statt abendlichem Verkehr Selbstbefriedigung im Traum.

Vom Tag war wirksam geworden, daß sie sich ihren Daumen im Backofen verbrannt hatte, ziemlich schlimm sogar, so daß sie zur Nachbarin ging, um sich verbinden zu lassen.

Überlegung: Ich denke daran, daß sie die Verwundung am Daumen (Tagesrest) als Kastration erlebt hat (siehe Daumenlutscher) und sich deshalb als Wiedergutmachung das Glied (Daumen) in die Scheide steckte, um die Kastration, d. h. die Verwundung, rückgängig zu machen. Es fällt mir ein lange zurückliegender Traum der Patientin ein, in dem ihr Bruder den Daumen im Mund hatte und gleichzeitig unablässig ejaculierte.

Deutung in diesem Sinne: Sie habe sich verwundet am Glied und suche im Traum eine Bestätigung, daß die Lustquelle nicht vernichtet sei.

Die Patientin resümiert ihre Beschädigungsängste und geht besonders darauf ein, daß die exzessive Onanie zugleich als Bestätigung diene: Das Genitale ist doch noch heil geblieben.

C. Schwangerschaftsangst und ödipaler Kinderwunsch

275. Stunde

Die Patientin vermutet (zu Recht), eben im Gang der Klinik meiner Frau begegnet zu sein. Sie sei in große Unruhe geraten und wäre am liebsten weggegangen. Eigentlich stehe es ihr nicht zu, jetzt hier zu sein und über so persönliche Dinge zu reden. Auf Frage berichtet die Patientin weiterhin, daß sie sich im Vergleich mit meiner Frau nicht nur leer, sondern auch klein vorgekommen sei, und sie erzählt ähnliche Situationen, in denen sie als 17jähriges Mädchen, das eigentlich noch gar nicht verheiratet sein könne, eingeschätzt wurde.

Überlegung: Das zufällige Zusammentreffen hat die Patientin ödipal erlebt.

Sie hat Schuldgefühle für ihre inzestuösen Wünsche und wehrt diese Schuldgefühle einerseits in der Symptomatologie ab, andererseits dadurch, daß sie von sich sagt, ich bin viel zu klein. Sie errichtet damit einen Schutz gegen ihre Inzestwünsche.

Deutung: Sie habe ja auch neulich von einer Frau geträumt, die schwanger sei und sich bei mir im Zimmer aufhalte. Sie glaube, sich ausschließen zu müssen und sage sozusagen ihrer Mutter: Ich habe mit dem Bruder/Analytiker keine verbotene Beziehung.

Die Patientin greift dies auf, und es wird dann über eine andere Verhaltensweise gesprochen, durch die sie ihre Wünsche verberge. Der Analytiker solle der Verführer sein und zum Beispiel in der Festlegung der Stunden sie bestimmen. Es geht nochmals um den Besuch bei ihrer Mutter. In diesen Tagen, so sage ich ihr, komme sie nicht hierher, um sich bei der Mutter auszuruhen und sie wissen zu lassen: Ich bin klein und hilflos und fahre nicht zu dem Mann (der Arzt als Vater).

Sie greift dies auf und sagt dann „ja“, aber zugleich könne sie sich nichts Schöneres vorstellen, als mit einem Kind zu ihrer Mutter zu kommen. Diese Phantasie habe sie auch Dr. Th. gegenüber, nämlich mit Mann und Kind hier einen Besuch zu machen.

277. Stunde

Die Patientin war einige Tage bei Mutter und Bruder. Es war sehr schön, sie müsse zugeben, richtig faul gewesen zu sein. Negative Dinge habe sie registriert, ohne sich davon sehr beunruhigen zu lassen. Besonders eindrucksvoll war ihr, das Verhalten ihres Bruders zu beobachten, um den sich alles drehe. Die Mutter habe ihr Leben ganz auf den Bruder eingestellt, und auch die Frau des Bruders müsse nach seiner Pfeife tanzen. Alles sei vorbereitet, wenn er nach Hause komme etc.

Sie war durch eine Nachricht über den plötzlichen Herztod eines Bekannten beunruhigt, der sehr gesund gelebt habe. Heute, beim Hierhergehen, sei sie zunehmend unruhig gewesen.

Traum: Sie war schwanger, ohne Angst zu haben. Es war aber nicht nur ihr Bauch dick geworden, sondern die Körperzunahme begann schon unterhalb des Halses, so, als ob das Kind in der Brust wachse.

Einfälle: Sie habe von ihrer Freundin ein Buch bekommen über Schwangerschaft. Sie gehöre zu den dummen Frauen, die von dem Arzt in dem Buch beschrieben seien, die glauben, daß das Kind im Körper atme. Tatsächlich mache sie sich Gedanken über eine mögliche, jedoch unwahrscheinliche Konzeption, denn sie habe ihren bisher eingeschränkten „Kalender“ etwas aufgelockert und ohne antikonzeptionelle Mittel nahe beim Empfängnisoptimum Verkehr gehabt.

Durch einen Traum sei ihr klar geworden, weshalb sie oft Schwierigkeiten habe, in Gesellschaft zu gehen, denn im Traum habe sie einen Orgasmus gehabt, und es sei also wohl so ähnlich, wie mit ihrer überwundenen Unfähigkeit, im Zug zu fahren. (Diese Einschränkung verlor sich nach der Durcharbeitung eines Traumes, in dem die Patientin im fahrenden Zug einen Orgasmus erlebt hatte. Ihre „lokomotorische Angst“ [Abraham, 1914] war durch Bewußtmachen der unbewußten sexuellen Ursache behoben worden.) Traum: Sie war bei Hochzeitsvorbereitungen, andere Gäste hatten sich schon angezogen. Sie ging ins Bad, hatte dort einen Orgasmus; danach legte sie sich in die kalte Badewanne. Schließlich stellt sich heraus, daß es sich um die Hochzeit ihres Bruders handelt, der Bruder war aber nicht zu sehen.

Einfälle: Die bereits bekannten sexuellen Spielereien mit dem Bruder.

Überlegung: Der latente Traumgedanke ist so offenkundig, daß ich den Inzestwunsch auch in der Übertragung zumal deshalb erkenne, weil die Patientin in den Einfällen die sexuellen Spielereien mit dem Bruder aufgreift, nach denen sie sich immer ins Bad begab, um kalt zu brausen. Außerdem war die Patientin zu Hause, was als Tagesrest den unbewußten Wunsch, mit dem Bruder verheiratet zu sein, belebte.

Entsprechende *Deutung* ihres Inzestwunsches und der Verbote bzw. Schuldgefühle und dem daraus resultierenden Vermeiden einer Konzeption. Übertragungsdeutung: Um nicht darüber sprechen zu müssen, sei sie nach Hause gefahren, um dort unbewußt etwas von dem zu erleben, was sie hier nicht zur Sprache kommen lassen wolle. (Die Patientin hatte eine Stunde ausfallen lassen.)

Der Patientin ist der Traum klar und die Deutung einleuchtend. Sie gerät aber in Unruhe. Ich gebe dazu folgende

Deutung: Meine Bemerkung habe sie offensichtlich beunruhigt, so als würde dem Aussprechen nun die Tat folgen.

279. Stunde

Längerer Bericht über ihr Ergehen. Gelegentlich noch Schwächegefühl mit leichter Angst. Befriedigung und Glück überwiegen. Sie war gut arbeitsfähig. Ihr Mann hatte Besuch und zeigte voll Stolz ihren Arbeitsplatz.

Beim Verkehr mit ihrem Mann glücklich wie noch nie. Ihr Mann gab ihr mehr Zeit (er scheint häufig eine Ejaculatio praecox zu haben, deshalb drängte er früher schon nach kurzem Vorspiel zum Coitus). Diesmal war es anders, und sie meint, daß beide Partner harmonisch zum Höhepunkt gekommen seien.

Mehrere Träume vom Abitur.

Traum: Die Klasse sollte eine neue Lehrerin in Biologie bekommen, um nachzuholen. Man sagt aber, wir wissen so wenig, daß es keinen Sinn habe.

Einfälle: Sie möchte nun gern ein Kind, denkt an ihr eigenes Alter und das ihres Mannes mit einer gewissen Sorge, aber doch noch Angst dabei.

Überlegung: Der Biologietraum ist sicher eine Anspielung auf den Unterricht hier und auf das Buch, das die Patientin nicht bekommen hat. (Sie hatte um ein Aufklärungsbuch gebeten.)

Deutung: Sie erwarte mehr vom Unterricht hier, sei enttäuscht, das Buch Kind nicht bekommen zu haben.

Reaktion: Die Patientin kommt auf das von ihrer Freundin — statt vom Analytiker — erhaltene Buch zu sprechen, in das sie nur kurz hineingeschaut habe. Es fällt ihr auf, wie wenig sie sich dafür interessierte.

Überlegung: Die Reaktion der Patientin läßt erkennen, daß es tatsächlich nicht um das objektive Wissen ging, das sie sich durch ein Buch erwerben wollte. (Keine Deutung.)

Weitere Assoziationen: In einer mir nicht mehr genau erinnerlichen Sukzession kommt die Patientin dann auf ihren Bruder zu sprechen.

Sie erinnert einen Traum, der vor der befriedigenden Kohabitation geträumt wurde. Im Traum flog sie mit dem Bruder zusammen; Gefühl: so schön war es noch nie.

Es handelt sich wohl um eine symbolische Wunscherfüllung. Im Zusammenhang mit der Interpretation ihres Inzestwunsches wird darauf hingewiesen, daß sie offenbar weniger unter inneren Verböten zu leiden habe und deshalb mit ihrem Mann glücklicher sein konnte.

Überlegung: Die Schuldgefühle aus der ödipalen Situation wurden durch die Übertragungsanalyse gemildert.

Deutung der Bruder-Vaterübertragung.

D. Präödipale Angstbedingungen

Harnik bezeichnete die Erstickungsangst als frühkindliche Komponente der Todesangst. Als *Fenichel* 1931 mit Hinweis auf eine Episode in der Geschichte des Wolfsmannes (*S. Freud*, 1918) den Begriff der respiratorischen Introjektion prägte, stellte er fest, die Atmungsfunktion sei von der Psychoanalyse hinsichtlich ihrer *autonomen Erogenität* vermutlich deshalb stiefmütterlich behandelt worden, weil sie in so enger Verbindung mit oraler und analer Erotik auftrete. Der Wolfsmann mußte, wenn er Krüppel sah, forciert ausatmen, um nicht so zu werden wie diese. Durch folgenden Schluß begründet *Fenichel* den Begriff der respiratorischen Introjektion: Da der Wolfsmann die Objekte ausatme, so müsse er sie vorher auch durch Einatmung in sich aufgenommen haben. Das Material des hier vorgetragenen Falles erlaubt keinen Beitrag zur Frage der respiratorischen Introjektion (vgl. *Ph. Greenacre*). Die frühe Kind-Mutter-Beziehung, zu der diese Vorgänge

genetisch gehören, wurde in der verschiedensten Weise in der Analyse bearbeitet. Der regressiven Wiederbelebung entsprechend, kann kein rein prägenitales Material erwartet werden.

269. Stunde

Die Patientin meint, sehr beunruhigende Träume von Frauen stünden im Zusammenhang mit den Besuchen der beiderseitigen Mütter. Einen besonders widerwärtigen Traum könne sie nur mit äußerster Anstrengung erzählen. Sie wolle es aber im Interesse der Behandlung tun.

Traum: Sie war mit ihrer Mutter in der Küche. Ihre Mutter näherte sich ihr und wollte Verkehr mit ihr haben.

Bei näherer Beschreibung ergibt sich, daß im Unterschied zu früheren Träumen keine der beiden Frauen ein Glied und im Traum das Gefühl vorherrschte, als sollte die Patientin von der Mutter *angesaugt* werden.

Die Patientin bringt zunächst nur alle Zeichen der Ablehnung und des Abscheues. Erst über den Umweg meiner Hinweise ist sie in der Lage, den Widerstand aufzugeben und sich einzugestehen, daß, weil die Mutter diesen ganzen Bereich tabuiert hatte, nun im Traum möglicherweise der Wunsch zum Durchbruch komme, vom Geschlechtsleben ihrer Mutter, von der Funktion der Scheide etwas zu erfahren. Diese Einsicht entwickelt die Patientin, nachdem ich einige Hinweise gegeben hatte, denen etwa folgende *Überlegungen* zugrunde lagen: Das Auffälligste im Traum war mir die Kombination der oralen Thematik (Küche) mit homosexueller Verführung, bei welcher die Patientin angesaugt werden sollte. Offenbar stellte sich die rezeptiv-saugende Funktion der Scheide im Traum dar, also ein Funktionsbereich, der genetisch auf den Mund zurückgeht (siehe *H. Deutsch*, 1925).

Im Leere-Erlebnis hat die Patientin, verbunden mit stärkster Angst, bekanntlich immer wieder beschrieben, daß in ihr nichts sei, daß sie kraftlos etc. ist. Darin dürfte unter anderem, wenn man das Traumgeschehen zur Erklärung heranzieht, stecken, daß sie an sich selbst erlebt, was sie dem Objekt zugefügt hat: Sie ist diejenige, die saugt und entleert, und sie hat Angst vor diesen Impulsen, weshalb die saugende Funktion des Mundes (der Vagina) teilweise aus dem Körperschema ausgeklammert worden war. Als die Analyse zu einer übertragungsneurotischen Wiederbelebung früher Objektbeziehungen führte, kam es u. a. zu einer charakteristischen Veränderung der Träume. Unbewußt war die Patientin nun bei meiner Frau in Analyse, von der sie häufig träumte. Durch diese Mutterübertragung wurden u. a. orale Objektbeziehungen wiederhergestellt. *W. Hoffer* (1949, 1950) hat gezeigt, wie wichtig diese Phasen der Triebentwicklung für die (Körper-) Ichbildung sind.

Diskussion

Die kasuistische Darstellung diene vor allem der Klärung des umstrittenen Problems der weiblichen Kastrationsangst. Zunächst wurde gezeigt, wie sich in einer Konversionshysterie, deren Hauptsymptom eine Erstickungsangst war, über die Verschiebung von unten nach oben unbewußte Kastrationsängste ausdrückten. Das Material des Abschnittes A läßt Beschädigungsängste erkennen, auf deren Überdeterminierung durch orale und anale Komponenten nur am Rande eingegangen wurde.

Zweifellos kompliziert sich das pathogenetische Bild, wenn man die Anteile der prägenitalen Konversion angemessener berücksichtigen würde, als dies hier geschehen ist. Auch die Kastrationsangst und ihre Wiederkehr in der Symptomatologie ist von komplexer Natur: Als sich der Bruder der Patientin einer Phimoseoperation unterziehen mußte, sah sie sich unbewußt in der Rolle eines kastrierenden Operateurs. Der Kastrationswunsch, der aus dem Penisneid resultierte, verstärkte die Angst, selbst das beschädigte Opfer zu sein. Durch exzessives Onanieren hatte die Patientin vom 3. bis 16. Lebensjahr (und wiederholt auch während der Zeit der Analyse) sich zu beweisen versucht, körperlich trotzdem noch heil zu sein. Wegen der Überdeterminierung in der Psychogenese und wegen der Unschärfe psychopathologischer und psychoanalytischer Begriffe ist die klinische Validierung einzelner Theorieteile ein kompliziertes Unterfangen. Z. B. sind am Vorgang der Konversion eine ganze Reihe von Mechanismen beteiligt (s. Kapitel I), die sich klinisch nur unzureichend, also „unscharf“, voneinander isolieren lassen. Tatsächlich spielte in der Psychogenese der Erstickungsangst eine hysterische Imitation mit der Dyspnoe des Vaters keine geringe Rolle. Durch diese Imitation wurde die libidinöse Bindung an den Vater aufrechterhalten, und diese diente der Konservierung unbewußter Schuldgefühle. Bei Beachtung der zentralen pathogenetischen Bedeutung der Verschiebung unbewußter Kastrationsängste von unten nach oben konnte die hysterische Imitation jedoch in der Darstellung vernachlässigt werden. Für die Validierung von Hypothesen sind Veränderungen ausschlaggebend, die sich auf Deutungen vollziehen. Hierbei sind klinisch faßbare Symptombesserungen (oder Verschlechterungen) im Zusammenhang mit der Durcharbeitung von übergeordneten psychodynamischen Hypothesen von sehr subtilen Veränderungen des Patienten in der analytischen Situation zu unterscheiden. Die Durcharbeitung, die sich auf die Hypothese der Verschiebung von unten nach oben bezog, brachte die Symptome wieder auf ihren Ausgangspunkt zurück. Es kam zu einer vorübergehenden Symptomverschiebung, die in den Abschnitten B und C abgehandelt wurde.

Die den Abschnitten verliehenen Überschriften enthalten übergeordnete psychoanalytische Hypothesen, die selbstverständlich nicht in jeder gegebenen Deutung enthalten sein können. Um die erwähnten subtilen Veränderungen des Patienten in der psychoanalytischen Situation wissenschaftlich erfassen zu können, ist es erforderlich, den Theorieteil, auf den sich eine Deutung bezieht, ebenso zu kennzeichnen wie die Reaktion des Patienten. In der Darstellung wurden deshalb die theoretischen Überlegungen des Analytikers jeweils hervorgehoben (vgl. *Thomä und Houben, 1967*).

Da jede thematische Beschränkung die theoretische und praktische Gefahr mit sich bringt, daß man für alles andere Skotome bildet, wurden in Abschnitt D einige präödisale Angstbedingungen gestreift, die sich nicht der Kastrationsangst zuordnen lassen.

Zusammenfassung

Nach zusammenfassender Darstellung der Theorie der Konversion werden psychoanalytische Auffassungen über die Entwicklung der weiblichen Sexualität diskutiert. Das Problem der weiblichen Kastrationsangst wird anhand einer Literaturübersicht dargestellt. Durch eine Krankengeschichte werden folgende theoretische Gesichtspunkte kasuistisch erläutert: A. Verschiebung von unten nach oben, B. Schwangerschafts- und Geburtsfurcht als unbewußte Kastrationsangst, C. Schwangerschaftsangst und ödipaler Kinderwunsch, D. Präödisale Angstbedingungen.

Summary

A synopsis of the theory of conversion is given and the psychoanalytic opinions on female sexuality and its development are discussed. A specific presentation of female castration fear is attempted on the background of the existing literature on that problem. As an illustration, a case history is given and the following points elaborated: A. Displacement upward; B. Conception and delivery fears as unconscious expressions of castration anxiety; C. Conception fear and oedipal wish for a child; D. Pre-oedipal sources for anxiety.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Helmut Thomä, 69 Heidelberg, Voßstr. 2)

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K.* (1914): Über eine konstitutionelle Grundlage der lokomotorischen Angst. *Int. Zschr. Psychoanal.* 2, 143.
 — (1921): Beitrag zur Tic-Diskussion. *Int. Zschr. Psychoanal.* 7, 393.
Barnett, M. C. (1966): Vaginal awareness in the infancy and childhood of girls. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 14, 129.

- Bonaparte, M. (1953): Female Sexuality. New York (Int. Univ. Press).
- Brierly, M. (1936): Specific Determinants in Feminine Development. Int. J. Psychoanal. 17, 163.
- Deutsch, H. (1925): Psychologie des Weibes in den Funktionen der Fortpflanzung. Int. Zschr. Psychoanal. 11, 40.
- (1930): Der feminine Masochismus und seine Beziehung zur Frigidität. Int. Zschr. Psychoanal. 16, 172.
- Fenichel, O. (1930): Zur prägenitalen Vorgeschichte des Ödipuskomplexes. Int. Zschr. Psychoanal. 16, 317.
- (1931): Über die respiratorische Introjektion. Int. Zschr. Psychoanal. 17, 234.
- Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychose. Ges. Werke Bd. I.
- (1895): Studien über Hysterie. Ges. Werke Bd. I.
- (1916): Über Triebumsetzung, insbesondere der Analerotik. Ges. Werke Bd. X.
- (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XI.
- (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. Werke Bd. XII.
- (1925): Einige psychologische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes. Ges. Werke Bd. XIV.
- (1926): Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Werke Bd. XIV.
- (1931): Über die weibliche Sexualität. Ges. Werke Bd. XIV.
- (1933): Neue Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XV.
- (1933): Die Weiblichkeit. In: Neue Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XV.
- Gitelson, M. (1953): Re-evaluation of the Role of the Oedipus-Complex. Int. J. Psychoanal. 33, 351.
- Greenacre, Ph. (1952): Trauma, Growth and Personality. New York (W. W. Norton).
- Hann-Kende, F. (1933): Über Klitoris-Onanie und Penisneid. Int. Zschr. Psychoanal. 19, 416.
- Härnik, I. (1930): Über eine Komponente der frühkindlichen Todesangst. Int. Zschr. Psychoanal. 16, 242.
- Heimann, P. (1955): A Contribution to the Re-evaluation of the Oedipus-Complex — The early Stages. In: Klein, M. (Hrsg.): New Directions in Psychoanalysis. New York (Basic Books).
- Hoffer, W. (1949): Mouth, Hand, and Ego-Integration. Psychoanal. Study Child 3/4, 49.
- Deutsch: Mund, Hand- und Ichintegration. Psyche 18, 1964/65, 81.
- (1950): Development of the body ego. Psychoanal. Study Child 5, 18.
- (1955): Psychoanalysis. Practical and research aspects. Baltimore (Williams and Wilkins).
- (1967): Bemerkungen zur Abwehrlehre. In: Hoofdstukken uit de bedendaagse psychoanalyse. Arnhem (van Loghum Slaterus).
- Horney, K. (1923): Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes. Int. Zschr. Psychoanal. 9, 12.
- (1926): Flucht aus der Weiblichkeit. Int. Zschr. Psychoanal. 12, 360.
- (1932): Die Angst vor der Frau. Int. Zschr. Psychoanal. 18, 1.
- (1933): Die Verleugnung der Vagina, ein Beitrag zur Folge der spezifisch weiblichen Genitalangst. Int. Zschr. Psychoanal. 19, 372.
- Jacobson, E. (1937): Wege zur weiblichen Über-Ich-Bildung. Int. Zschr. Psychoanal. 23, 402.
- (1964): The self and the object world. New York (Int. Univ. Press).
- Jones, E. (1928): Die erste Entwicklung der weiblichen Sexualität. Int. Zschr. Psychoanal. 14, 11.
- (1933): Die phallische Phase. Int. Zschr. Psychoanal. 19, 322.
- (1935): Über die Frühstadien der weiblichen Sexualentwicklung. Int. Zschr. Psychoanal. 21, 331.
- Kestenberg, J. (1954): Vicissitudes of Female Sexuality. J. Amer. Psychoanal. Ass. 4, 1956, 453.
- Lampl-de Groot, J. (1927): Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau. Int. Zschr. Psychoanal. 13, 269, vgl. auch Psyche 19, 1965, 403.
- (1935): Rez. Rado, S.: Die Kastration des Weibes. Int. Zschr. Psychoanal. 21, 598.
- (1936): Hemmung und Narzißmus. Int. Zschr. Psychoanal. 22, 198, vgl. auch Psyche 19, 1965, 417.
- (1953): Re-evaluation of the Role of the Oedipus Complex. Int. J. Psychoanal. 33, 333.
- Marmor, J. (1954): Some Considerations Concerning Orgasm in the Female. Psychosom. Med. 16, 241.
- Masserman, J. (Hrsg.) (1966): Sexuality of Woman. New York u. London (Grune & Stratton).
- Moore, B. E. (1961): Panel report: Frigidity in women. J. Amer. Psychoanal. Ass. 9, 571.
- Müller, J. (1931): Ein Beitrag zur Frage der Libidoentwicklung des Mädchens in der genitalen Phase. Int. Zschr. Psychoanal. 17, 256.
- Müller-Braunschweig, C. (1926): Zur Genese des weiblichen Über-Ichs. Int. Zschr. Psychoanal. 12, 375.
- (1936): Die erste Objektbesetzung des Mädchens in ihrer Bedeutung für Penisneid und Weiblichkeit. Int. Zschr. Psychoanal. 22, 137.
- Payne, S. (1936): Zur Auffassung der Weiblichkeit. Int. Zschr. Psychoanal. 22, 19.
- Rado, S. (1934): Die Kastrationsangst des Weibes. Wien (Intern. Psychoanal. Verlag).
- Rangell, L. (1959): The nature of conversion. J. Amer. Psychoanal. Ass. 7, 632.
- Riviere, J. (1934): Rez. Freud, S.: New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Int. Zschr. Psychoanal. 15, 329.
- Sheriff, M. J. (1966): The evolution and nature of female sexuality in relation to psychoanalytic theory. J. Amer. Psychoanal. Ass. 14, 28.
- Thomä, H. (1962/63): Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion. Psyche 16, 801.
- und A. Howben (1967): Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. Psyche 21, 664.
- Woolf, M. (1955): On Castration Anxiety. Int. J. Psychoanal. 36, 95.